

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



**ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN
ATENCIÓN PRIMARIA BUCODENTAL EN GESTANTES DEL CLAS
C.S. “LEONCIO PRADO” DEL DISTRITO DE TACNA Y DEL CLAS C.S.
“SAN FRANCISCO” DEL DISTRITO DE GREGORIO ALBARRACÍN DE
LA CIUDAD DE TACNA - 2017**

Tesis presentada por la Bachiller
Fabiana Micaela Sotelo Fierro-Medina
para optar el Título Profesional de
CIRUJANO DENTISTA

Asesor:
Dr. Christian Rojas Valenzuela

AREQUIPA – PERÚ

2017

DEDICATORIA

Al Divino Niño Jesús, porque todos los días de mi vida, me siento bendecida y acompañada por él; porque ha sido siempre un refugio y paz para mi corazón; porque ha fortalecido mi fe y me ha ayudado, en los momentos que más he necesitado

A mi mamá, por ser mi modelo a seguir, de lucha y perseverancia; porque cuando no tenía a quien acudir, sabía que siempre podía contar con ella; cuando todos los caminos se cerraban, su puerta era la única siempre abierta. Y cuando todo se ponía difícil, ahí estaba ella a mi lado, alentándome y diciéndome que todo saldría bien.

Gracias Mamá por todo lo que hiciste y por todo lo que serías capaz de hacer si lo necesitara. Sin ti no sería lo que soy.

A mi papá por desear y anhelar siempre lo mejor para mi vida; por cada palabra de aliento, por su confianza, que me ayudó a seguir adelante; por su amor desinteresado, y aunque en ocasiones hayamos tenido algunos intercambios de opiniones; tú para mí no solo eres mi papá, si no también ese amigo incondicional en el que puedo confiar y que estará siempre en cada momento de mi vida

A mi abuelita Juana, por ser mi segunda mamá; por su apoyo incondicional; por cuidarme, mimarme y darme tanto amor; por no perder la esperanza en mí y por ser ejemplo de lucha y abnegación en la vida.

AGRADECIMIENTOS

- ✎ A Javier, porque todo este tiempo juntos, ha llenado mi vida con su amor incondicional
- ✎ A mis mejores amigas: Nátaly, Luciana y Paola; por ser en mi corazón, las hermanas que tanto anhelaba tener.
- ✎ A mis maestros: el Dr. Alberto Alvarado, Dr. Herbert Gallegos y Dr. Larry Rosado; por su apoyo, por su paciencia, su asesoría y todos estos años de amistad. Gracias

EPÍGRAFE

Señor:
que yo nunca rece para ser preservado de los peligros,
sino para alzarme ante ellos y
mirarlos cara a cara.

Que no pida la extinción de mi dolor,
sino el coraje que me falta
para sobreponerme a él.

Que no confíe en aliados en la guerra de la vida
sobre el campo de batalla del alma:
que sólo espere de mí.

Que no implore, espantado mi salvación,
que tenga la fe necesaria para conquistarla.

Dame no ser ingrato:
pues a tu misericordia debo mis triunfos.

Y si sucumbo, acude a mí con tu brazo fuerte.
¡Y dame la paz, y dame la guerra!

RABINDRANATH TAGORE

ÍNDICE

RESUMEN	13
ABSTRACT.....	14
INTRODUCCIÓN	15
 CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO	 17
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	18
1.1 Determinación del problema.....	18
1.2 Enunciado.....	19
1.3 Descripción.....	19
1.3.1 Área del conocimiento.....	19
1.3.2 Análisis u operacionalización de variables.....	19
1.3.3 Interrogantes Básicas	20
1.3.4 Taxonomía de la Investigación	20
1.4 Justificación	20
2. OBJETIVOS.....	21
3. MARCO TEÓRICO	22
3.1. Conceptos básicos	22
3.1.1. Conocimiento	22
a. Definición	22
b. Características.....	23
c. Clases.....	23
c.1. Conocimiento Vulgar.....	23
c.2. Conocimiento Filosófico	24
c.3. Conocimiento Científico	25
3.1.2. El Embarazo	27
a. Definición	27
b. Cambios Fisiológicos en el embarazo	28
c. Cambios Orales en el embarazo	29

3.1.3. Atención Primaria de Salud en General	30
a. Definición	30
b. Características generales de la atención primaria de salud	31
3.1.4. Atención Primaria Bucodental	32
a. Definición	32
b. Atención Estomatológica Preventiva brindada por el MINSA	32
b.1. Examen Estomatológico	34
b.1.1. Odontograma	34
b.1.2. Riesgo de Caries	36
b.1.3. Plan de tratamiento	37
b.2. Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales	44
b.2.1. Alimentos cariogénicos y no cariogénicos	44
b.2.2. Hábitos dietéticos saludables	46
b.3. Instrucción en higiene oral	46
b.3.1. Técnica de Cepillado	46
b.3.2. Pasta dental	49
b.3.3. Uso del hilo dental	52
b.3.4. Detección de residuos alimenticios sobre la superficie dentaria	53
b.3.5. Índice de Higiene Oral Simplificado	55
b.4. Aplicación de sellantes	56
b.5. Aplicación de flúor barniz	56
b.6. Aplicación de flúor gel	57
b.7. Profilaxis dental	57
3.2. Antecedentes investigativos	58
3.2.1. Antecedentes locales	58
3.2.2. Antecedentes Nacionales	59
3.2.3. Antecedentes Internacionales	61
4. HIPÓTESIS	62

CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	63
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	64
1.1. Técnica	64
1.1.1. Especificación de la técnica	64
1.1.2. Cuadro de coherencias	64
1.1.3. Descripción de la técnica	64
1.2. Instrumentos.....	65
1.2.1. Instrumento Documental	65
1.2.2. Mecánicos.....	66
1.2.3. Materiales	66
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	66
2.1. Ubicación Espacial	66
2.2. Ubicación Temporal.....	66
2.3. Unidades de Estudio	66
2.3.1. Unidades de análisis	66
2.3.2. Alternativa	66
2.3.3. Identificación de los grupos.....	66
2.3.4. Control o igualación de los grupos	67
2.3.5. Asignación	67
2.3.6. Tamaño de los grupos	68
2.3.7. Formalización de los sectores.....	68
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	69
3.1. Organización	69
3.2. Recursos	69
3.2.1. Recursos Humanos.....	69
3.2.2. Recursos Físicos	69
3.2.3. Recursos Económicos	69
3.2.4. Recursos Institucionales	69
3.3. Validación del instrumento.....	70

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS	70
4.1. Plan de Procesamiento de los Datos.....	70
4.1.1. Tipo de procesamiento.....	70
4.1.2. Operaciones del procesamiento	70
4.2. Plan de Análisis de Datos.....	71
 CAPÍTULO III RESULTADOS	72
DISCUSIÓN	105
CONCLUSIONES	107
RECOMENDACIONES	108
 BIBLIOGRAFÍA	109
HEMEROGRAFÍA.....	111
INFORMATOGRAFÍA.....	112
 A N E X O S	113
ANEXO Nº 1 MODELO DEL INSTRUMENTO.....	114
ANEXO Nº 2 MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN	117
ANEXO Nº 3 CÁLCULOS ESTADÍSTICOS	121

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA Nº 1	Distribución de las edades de las gestantes, según CLAS	73
TABLA Nº 2	Nivel de instrucción de las gestantes, según CLAS	75
TABLA Nº 3	Trimestre de embarazo de las gestantes atendidas en los CLAS Leoncio Prado y San Francisco	77
TABLA Nº 4	Distribución de gestantes que recibieron examen estomatológico, según CLAS	79
TABLA Nº 5	Distribución de gestantes que recibieron asesoría nutricional, según CLAS	81
TABLA Nº 6	Nivel de conocimiento sobre alimentos cariogénicos en gestantes de los CLAS Leoncio Prado y San Francisco	83
TABLA Nº 7	Nivel de conocimiento sobre cepillado dental correcto en gestantes de los CLAS Leoncio Prado y San Francisco	85
TABLA Nº 8	Nivel de conocimiento sobre el uso de pasta dental en gestantes de los CLAS Leoncio Prado y San Francisco	87
TABLA Nº 9	Nivel de conocimiento sobre el uso del hilo dental en gestantes de los CLAS Leoncio Prado y San Francisco	89
TABLA Nº 10	Nivel de conocimiento sobre detección de restos alimenticios en gestantes de los CLAS Leoncio Prado y San Francisco	91
TABLA Nº 11	Distribución de gestantes que recibieron sellantes en los CLAS de Leoncio Prado y San Francisco	93
TABLA Nº 12	Distribución de gestantes que recibieron flúor en barniz, en los CLAS Leoncio Prado y San Francisco	95

TABLA Nº 13 Distribución de gestantes que recibieron flúor en gel, en los CLAS Leoncio Prado y San Francisco	97
TABLA Nº 14 Distribución de gestantes que recibieron profilaxis, en los CLAS Leoncio Prado y San Francisco	99
TABLA Nº 15 Distribución de gestantes que recibieron atención dental completa en los CLAS Leoncio Prado y San Francisco	101
TABLA Nº 16 Nivel de conocimiento en atención primaria bucodental en gestantes de los CLAS de Leoncio Prado y San Francisco	103



ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO Nº 1	Distribución de las edades de las gestantes, según CLAS...	74
GRÁFICO Nº 2	Nivel de instrucción de las gestantes, según CLAS.....	76
GRÁFICO Nº 3	Trimestre de embarazo de las gestantes atendidas en los CLAS Leoncio Prado y San Francisco.....	78
GRÁFICO Nº 4	Distribución de gestantes que recibieron examen estomatológico, según CLAS.....	80
GRÁFICO Nº 5	Distribución de gestantes que recibieron asesoría nutricional, según CLAS.....	82
GRÁFICO Nº 6	Nivel de conocimiento sobre alimentos cariogénicos en gestantes de los CLAS Leoncio Prado y San Francisco.....	84
GRÁFICO Nº 7	Nivel de conocimiento sobre cepillado dental correcto en gestantes de los CLAS Leoncio Prado y San Francisco.....	86
GRÁFICO Nº 8	Nivel de conocimiento sobre el uso de pasta dental en gestantes de los CLAS Leoncio Prado y San Francisco.....	88
GRÁFICO Nº 9	Nivel de conocimiento sobre el uso del hilo dental en gestantes de los CLAS Leoncio Prado y San Francisco.....	90
GRÁFICO Nº 10	Nivel de conocimiento sobre detección de restos alimenticios en gestantes de los CLAS Leoncio Prado y San Francisco..	92
GRÁFICO Nº 11	Distribución de gestantes que recibieron sellantes en los CLAS de Leoncio Prado y San Francisco.....	94
GRÁFICO Nº 12	Distribución de gestantes que recibieron flúor en barniz, en los CLAS Leoncio Prado y San Francisco.....	96

- GRÁFICO Nº 13** Distribución de gestantes que recibieron flúor en gel, en los CLAS Leoncio Prado y San Francisco..... 98
- GRÁFICO Nº 14** Distribución de gestantes que recibieron profilaxis, en los CLAS Leoncio Prado y San Francisco..... 100
- GRÁFICO Nº 15** Distribución de gestantes que recibieron atención dental completa en los CLAS Leoncio Prado y San Francisco..... 102
- GRÁFICO Nº 16** Nivel de conocimiento en atención primaria bucodental en gestantes de los CLAS de Leoncio Prado y San Francisco 104



RESUMEN

Esta investigación tiene por objeto comparar el nivel de conocimiento sobre atención primaria bucodental en gestantes de los CLAS Leoncio Prado y San Francisco de Tacna.

Se trata de una estudio comunicacional, prospectivo, transversal, de campo y comparativo que utilizó el cuestionario como técnica de recolección para estudiar el nivel de conocimiento sobre la atención primaria bucodental, como variable de interés en dos grupos de gestantes pertenecientes a los CLAS de Leoncio Prado y San Francisco. Cada grupo estuvo constituido por 31 gestantes. Los indicadores en que fue desagregada la variable fueron medidas a través de una escala nominal dicotómica, por lo que requirieron frecuencias absolutas y porcentuales, como estadísticas descriptivas; y la prueba X^2 comparativa, como estadística inferencial.

Los resultados indican que las gestantes del CLAS Leoncio Prado y san Francisco mostraron mayormente un deficiente nivel de conocimiento sobre atención primaria bucodental, con porcentajes respectivos del 77.42% y 90.32%.

La prueba X^2 , por su parte, indica que no existe diferencia estadística significativa en el nivel de conocimiento sobre atención primaria bucodental en gestantes de los CLAS mencionados; consecuentemente se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna, con un nivel de significación de 0.05.

Palabras claves: Nivel de conocimiento, Atención primaria bucodental.

ABSTRACT

This research has the aim to compare the level of knowledge about primary bucodental attention in gravidas of CLAS Leoncio Prado y San Francisco in Tacna.

It is a communicational, prospective, sectional, of field and comparative study that used the questionnaire as recollection technique to study the level of knowledge about primary bucodental attention, as variable of interest in two groups of gravidas that belong to Leoncio Prado and San Francisco CLAS. Each group was constituted by 31 gravidas. The indicator in which the variable was disaggregated were measured through a nominal dichotomic scale, that is because they needed absolute and porcentual frequencies, as descriptive statistics; and the comparative X^2 test, as inferential statistician.

The findings indicate that the gravidas of Leoncio Prado and Saint Francisco CLAS, showed mostly a deficient level of knowledge about primary bucodental attention with respective percentage of 77.42% y 90.32%.

X^2 test indicates particularly that there is no significant statistical difference on level of knowledge about bucodental primary attention in gravidas of CLAS mentioned. Consequently, null hypothesis is accepted, and alternative hypothesis is refused, with a significance level of 0.05.

Key Words: Level of knowledge, Bucodental primary attention.

INTRODUCCIÓN

La atención primaria en salud oral, más que a la asistencia y solución esencial y metódica de los problemas estomatológicos más básicos, debe apuntar al compromiso participativo de responsabilidad y autodeterminación de la comunidad y del país, para elevar los estándares de salud bucal y decrementar los índices de enfermedad. Este sistema debe estar al alcance irrestricto de todas los individuos, familias y comunidades, particularmente de los sectores poblacionales menos favorecidos socioeconómica y culturalmente.

La atención primaria en salud oral es parte del Sistema Nacional de Salud, y como tal está inmersa en sus políticas, decisiones y acciones, dado que representa el primer vínculo sanitario entre la población y el MINSA, entre la comunidad y el estado, entre la familia y la política gubernamental de salud. Con tal objeto, este sistema cumple roles fundamentalmente dirigidos al diagnóstico y tratamiento precoz, incluso antes del establecimiento objetivo de la enfermedad.

Considerando la importancia de este tópico y su connotación social y epidemiológica se ha creído pertinente evaluar comparativamente el NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA BUCODENTAL EN GESTANTES DE LOS CLAS DE LEONCIO PRADO Y SAN FRANCISCO DE TACNA, teniendo en cuenta además que se está abordando investigativamente una población de especial vulnerabilidad.

Con tal objeto la tesis se ha dividido en tres capítulos. En el Capítulo I, referido al Planteamiento Teórico, se aborda el problema, los objetivos, el marco teórico y la hipótesis.

En el Capítulo II, relativo al Planteamiento Operacional, se aborda la técnica, los instrumentos y materiales, así como el campo de verificación, y las estrategias de recolección y manejo de resultados.

En el Capítulo III, se presentan los Resultados, consistentes en las tablas, interpretaciones y gráficas relativas a los objetivos, así como la Discusión, las Conclusiones y Recomendaciones.

Finalmente, se presenta la Bibliografía, Hemerografía, Informatografía, y los Anexos correspondientes.





CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

I.- PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Determinación del problema

El presente trabajo se realiza por ser menester conocer el nivel de conocimiento en atención primaria en gestantes del CLAS C.S. “Leoncio Prado” del distrito de Tacna y el CLAS C.S. “San Francisco” del distrito de Gregorio Albarracín de la ciudad de Tacna, ya que muy poco se sabe acerca de estas y, a la vez, hay muy pocos estudios al respecto, limitando así la labor de muchos profesionales, pues no se puede dar medidas adecuadas de tratamiento y prevención a una población de la cual no se sabe cuáles son sus necesidades predominantes.

La gran mayoría de las enfermedades bucales pueden ser prevenidas y controladas, con actividades preventivas primarias y secundarias, es decir un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno. Por tanto, resulta importante llevar a cabo un estudio sobre las necesidades en atención primaria bucodental que ayude a establecer de manera precisa los índices pertinentes. Por tal motivo la facultad de Odontología de la Universidad Católica de Santa María – Arequipa elaborará un estudio sobre las el nivel de conocimiento en atención primaria en gestantes, que nos ayudará a determinar realmente cuánto conocen las gestantes acerca de atención primaria bucodental y qué necesidades específicas tienen de ella; lo que a nuestra intención contribuirá a mejorar las metas, estrategias y avances en lo que respecta a promoción y prevención en gestantes, considerado como prioritario en los programas de salud bucal por el MINSA y así a su vez también tomar esta investigación como base para otros trabajos.

1.2 Enunciado

“ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA BUCODENTAL EN GESTANTES DEL CLAS C.S. “LEONCIO PRADO” DEL DISTRITO DE TACNA Y DEL CLAS C.S. “SAN FRANCISCO” DEL DISTRITO DE GREGORIO ALBARRACÍN DE LA CIUDAD DE TACNA - 2017”

1.3 Descripción

1.3.1 Área del conocimiento

- 1) **Campo** : Ciencias de la Salud
- 2) **Área** : Odontología
- 3) **Especialidad** : Odontología Preventiva y Comunitaria
- 4) **Línea** : Atención Primaria Bucodental

1.3.2 Análisis u operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES
Nivel de Conocimiento en Atención Primaria Bucodental	La atención primaria bucodental es el conjunto de procedimientos estomatológicos dirigidos a la población priorizada de niños, gestantes y adulto mayor con la finalidad de prevenir la aparición de enfermedades en el sistema estomatognático, actuando sobre los factores de riesgo*	Examen estomatológico
		Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales
		Instrucción en higiene oral
		Aplicación de sellantes
		Aplicación de flúor barniz
		Aplicación de flúor gel
		Profilaxis dental

* Declaración De Alma-Ata, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978

1.3.3 Interrogantes Básicas

- a) ¿Cuál será el nivel de conocimiento en atención primaria bucodental en gestantes del CLAS C.S “Leoncio Prado” del Distrito de Tacna?
- b) ¿Cuál será el nivel de conocimiento en atención primaria bucodental en gestantes del CLAS C.S “San Francisco” del Distrito de Gregorio Albarracín?
- c) ¿Cuál será la diferencia o similitud del nivel de conocimiento en atención primaria bucodental en gestantes del CLAS C.S. “Leoncio Prado” y del CLAS C.S. “San Francisco”?

1.3.4 Taxonomía de la Investigación

ABORDAJE	TIPO DE ESTUDIO					DISEÑO	NIVEL
	1. Por la técnica de recolección	2. Por el tipo de dato que se planifica recoger	3. Por el número de mediciones de la variable	4. Por el número de muestras o población	5. Por el ámbito de recolección		
Cuantitativo	Comunicacional	Prospectivo	Transversal	Descriptivo	De campo	Comparativo Prospectivo	Comparativa

1.4 Justificación

Es un tema de **actualidad** porque en el Distrito de Gregorio Albarracín al igual que en el Distrito de Tacna ha incrementado la tasa de natalidad siendo entonces fundamental conocer el nivel de conocimiento en atención primaria en gestantes que asegure que estas últimas tengan toda la información y educación necesaria.

Tiene **relevancia social** porque este estudio ayudará a que las gestantes conozcan lo que es atención primaria de salud bucodental y así poder poner en práctica acciones de promoción y prevención, específicamente de enfermedad periodontal y caries. También contribuirá, a que los centros de salud, capaciten de mejor manera a las gestantes a su cargo, en el área bucodental y de paso mejorar sus estrategias de atención.

La **viabilidad** de este trabajo está dada porque la Investigación que se plantea, contará con el apoyo de la Directora del C.S “San Francisco” del Distrito Gregorio Albarracín y de la Directora del C.S “Leoncio Prado” del Distrito Tachá, quienes darán oficialmente el permiso, para que se nos brinden las facilidades para el acceso a los consultorios de Obstetricia, para la evaluación, por medio de cuestionarios, de las gestantes que acudan al centro de salud.

Es de nuestro **interés personal** realizar esta investigación en esta localidad puesto que no existen muchos estudios al respecto y así poder ayudar a incrementar el aporte sobre el nivel de conocimiento en atención primaria en gestantes.

2. OBJETIVOS

- 2.1. Evaluar el nivel de conocimiento en atención primaria bucodental en gestantes del CLAS C.S “Leoncio Prado” del Distrito de Tachá
- 2.2. Evaluar el nivel de conocimiento en atención primaria bucodental en gestantes del CLAS C.S “San Francisco” del Distrito de Gregorio Albarracín
- 2.3. Comparar el nivel de conocimiento en atención primaria bucodental en gestantes de los CLAS C.S. Leoncio Prado y San Francisco de la ciudad de Tachá

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Conceptos básicos

3.1.1. Conocimiento

a. Definición

Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo.

Para el filósofo griego Platón, el conocimiento es aquello necesariamente verdadero (episteme). En cambio, la creencia y la opinión ignoran la realidad de las cosas, por lo que forman parte del ámbito de lo probable y de lo aparente.

El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón. Se dice que el conocimiento es una relación entre un sujeto y un objeto. El proceso del conocimiento involucra cuatro elementos: sujeto, objeto, operación y representación interna (el proceso cognoscitivo).

La ciencia considera que, para alcanzar el conocimiento, es necesario seguir un método. El conocimiento científico no sólo debe ser válido y consistente desde el punto de vista lógico, sino que también debe ser probado mediante el método científico o experimental.

La forma sistemática de generar conocimiento tiene dos etapas: la investigación básica, donde se avanza en la teoría; y la investigación aplicada, donde se aplica la información.

Cuando el conocimiento puede ser transmitido de un sujeto a otro mediante una comunicación formal, se habla de conocimiento explícito. En cambio, si el conocimiento es difícil de comunicar y se relaciona a experiencias personales o modelos mentales, se trata de conocimiento implícito.¹

b. Características

- Su fin es alcanzar una verdad objetiva.
- Es un proceso dialéctico basado en la contemplación viva sensación, percepción y representación.
- Asimila el mundo circulante²

c. Clases

c.1. Conocimiento Vulgar

Platón fue el primer pensador que distinguió claramente entre conocimiento vulgar (doxa) y conocimiento científico (epísteme). El primero está engendrado en la opinión. Todos los hombres lo poseen en mayor o menor grado y surge de su propia experiencia. Es superficial, subjetivo, acrítico, sensitivo y no sistemático.

Es superficial en cuanto se conforma con lo aparente, con la primera impresión, se expresa en frases tales como: “porque lo oí”, “porque me lo dijeron”, porque todo el mundo está de acuerdo en decirlo”.

Es subjetivo, puesto que hace referencia a que el mismo sujeto se conforma con la certeza que le da su propia conciencia, sin preocuparse si su conocimiento está adecuado al objeto.

¹ PÉREZ PORTO Julián. Definición de: Definición de conocimiento (<http://definicion.de/conocimiento/>)

² TAMAYO Mario. Metodología de la Investigación; 1998. Pág 6-9

Acrítico, porque no hace la crítica sistemática de ninguno de sus instrumentos, técnicas o resultados.

Sensitivo, puesto que su nivel de comprobación se logra basándose en las vivencias y emociones de la vida diaria. No sistemático, en virtud de que no se articula formando un sistema en el cual sus diversos componentes sean interdependientes. No están vinculados a un principio o ley que lo regule.³

c.2. Conocimiento Filosófico

Los filósofos, cuando realizan investigaciones para producir conocimientos no utilizan ningún instrumento de medición. El instrumento que requiere y con el cual “observa” su entorno, es básicamente el razonamiento. El trabajo filosófico es un trabajo en que la actividad racional juega un papel de suma importancia, ya que cuando generan nuevas ideas, lo hacen después de haber analizado y criticado no sólo su pensamiento sino también el de filósofos tanto anteriores como contemporáneos.

El conocimiento filosófico es un conocimiento que se obtiene de los documentos escritos, pero esto no quiere decir que el filósofo se dedique únicamente a recopilar datos escritos, sino que los analiza y los corrobora en la práctica humana.

Dos armas que tiene el filósofo para ejercer y producir conocimientos son el análisis y la crítica. Mediante un buen análisis podemos darnos cuenta de cómo se han ido desarrollando los razonamientos. Esto nos permite detectar fallas y contradicciones en nuestras explicaciones. Mediante la crítica refutamos dichas fallas y contradicciones, y

³ <https://derecho2008.wordpress.com/2010/03/30/el-conocimiento-vulgar-y-el-conocimiento-cientifico/>

proponemos su superación. Por la crítica el filósofo busca conocer las concepciones imperantes en determinada sociedad, siendo una de las diferencias entre el científico y el filósofo la manera de abarcar los fenómenos. El científico selecciona los fenómenos y su objeto de estudio. Por su parte, el filósofo estudia los fenómenos como totalidades; busca entender sus relaciones.

La filosofía se va ocupar de objetos que en algunos de los casos son abstractos, esto es, de objetos a los que no podemos conocer por la vía estrictamente sensorial, sobre ellos, intenta establecer características universales.⁴

c.3. Conocimiento Científico

Se ha definido la Ciencia como el conocimiento cierto de las cosas por sus principios y causas.

En nuestros días se define la Ciencia diciendo que es un conjunto de conocimientos racionales, verificables, objetivos, sistemáticos, generales, ciertos o probables, homogéneos, obtenidos metódicamente, y que son susceptibles de ampliación, rectificación y progreso. Sus características son las siguientes:

- **Racional:** La Ciencia es racional porque utiliza la razón como instrumento esencial en todas sus etapas, y porque sus conocimientos están articulados como un “logos”, como una razón. La racionalidad en la Ciencia es un producto de la racionalidad que hay en la naturaleza, la cual se manifiesta a través de la armonía que guardan entre sí todas las leyes.

⁴ <http://lorefilosofia.aprenderapensar.net/2011/09/24/conocimiento-filosofico/>

- **Verificable:** Las afirmaciones de la Ciencia deben poderse probar, verificar empíricamente, de lo contrario, no entrarían en su ámbito.
- **Objetivo:** Quiere decir que el conocimiento científico debe concordar con la realidad del objetivo que está estudiando. Dicho conocimiento lo debe explicar o describir tal cual es, y no como nosotros deseáramos.
- **Sistemático:** Porque sus conocimientos forman un sistema. Es decir, un conjunto organizado cuyas partes o elementos son interdependientes u obedecen a una ley única. Ej: el sistema solar, el sistema nervioso, etc.
- **Generales:** La Ciencia no se contenta con el conocimiento de los seres o los fenómenos individuales, sino que los generaliza, es decir, extendiendo sus conclusiones a todos los de la misma naturaleza.
- **Cierto o probable:** La investigación científica aspira a que sus conclusiones vayan acompañadas de certeza. Es decir, que engendra un estado mental de seguridad, y por tanto de firme adhesión o de asentimiento a la verdad de una proposición.

Al lado de los conocimientos ciertos existen los probables. Sobre éstos, la Ciencia no puede llegar a descartar la probabilidad que hay sobre ellos por grande que sea. Ejemplo: cualquier ley inclusive nos da un conocimiento probable. De no ser así, tendríamos que verificar cada uno de todos los posibles casos para convertirla en una ley cierta, y como el número de casos posibles sería infinito, he ahí el origen de la probabilidad de dichas leyes inductivas.

- **Homogéneos:** Es decir, relativos a objetos de una misma naturaleza, o sea, objetos pertenecientes a una determinada realidad conceptual.⁵

3.1.2. El Embarazo

a. Definición

Se denomina embarazo, gestación o gravidez (del latín graviditas) al período que transcurre desde la implantación en el útero del óvulo fecundado al momento del parto.

El embarazo normal, es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término.

El embarazo de alto riesgo; es aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando ella procede de un medio socioeconómico precario.

Este periodo de gravidez, comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los importantes cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. En la especie humana las gestaciones suelen ser únicas, aunque pueden producirse embarazos múltiples.

La aplicación de técnicas de reproducción asistida, está haciendo aumentar la incidencia de embarazos múltiples en los países desarrollados.

⁵ <https://derecho2008.wordpress.com/2010/03/30/el-conocimiento-vulgar-y-el-conocimiento-cientifico/>

El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses).

El primer trimestre es el momento de mayor riesgo de aborto espontáneo; el inicio del tercer trimestre se considera el punto de viabilidad del feto (aquel a partir del cual puede sobrevivir extraútero sin soporte médico).⁶

b. Cambios Fisiológicos en el embarazo

La mujer embarazada se encuentra en un estado hipervolémico crónico. El volumen de agua corporal total se incrementa debido al aumento de la retención de sal y agua por los riñones. Esta mayor cantidad de agua ocasiona dilución de la sangre, lo que explicaría la anemia fisiológica propia del embarazo que persiste durante todo el embarazo.

El aumento del volumen sanguíneo causa un aumento en el gasto cardíaco, el volumen urinario y el peso materno. La acción de las ciertas prostaglandinas causa broncodilatación y aumento en la frecuencia respiratoria. A nivel renal se ve una leve disminución en la depuración de creatinina, y otros metabolitos.

El peso de la madre durante el embarazo aumenta a expensas del peso del feto, el peso del líquido amniótico, placenta y membranas ovulares, el incremento del tamaño del útero, la retención de líquidos maternos y el inevitable depósito de grasa en tejidos maternos. El metabolismo de la madre también incrementa durante el embarazo.

La frecuencia cardíaca incrementa hasta un promedio de 90 latidos por minuto. La tensión arterial se mantiene constante o a

⁶ Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Hospital General de México. Guías diagnósticas de consulta externa.

menudo levemente disminuida. La resistencia venosa aumenta, en especial por debajo de la cintura gestante. El corazón tiende a aumentar de tamaño, condición llamada hipertrofia ventricular especialmente izquierda y desaparece a las pocas semanas después del alumbramiento. La presencia circulante de prostaglandinas causa vasodilatación en oposición a los vasoconstrictores fisiológicos angiotensina y noradrenalina, en especial porque la angiotensina II aumenta para mantener la presión arterial normal. La hipertensión y la aparición de edema son por lo general signos de alarma en el embarazo.

La tasa o índice de filtrado glomerular y la perfusión del riñón aumentan a expensas del aumento del gasto cardíaco y la vasodilatación renal. Ello causa un leve aumento de los valores de creatinina en sangre por disminución del aclaramiento de creatinina e igualmente de nitrógeno ureico. La disminución de la presión parcial de dióxido de carbono en la sangre materna causa un aumento en la excreción renal de bicarbonato.⁷

c. Cambios Orales en el embarazo

Durante la gestación, la mujer experimenta cambios que la vuelven más propensa a padecer ciertas patologías orales. Descubre los cuidados y tratamientos para tu boca compatibles con el embarazo y la lactancia.

Además de las anteriores, existen otra serie de patologías bucodentales específicas que padecen las embarazadas. Son las siguientes:

- **Xialorrea o salivación excesiva:** se produce debido a los cambios hormonales que experimenta la mujer durante el

⁷ ESPINOSA DE LOS REYES SÁNCHEZ Víctor M. y cols. «Cambios fisiológicos durante el embarazo». Programa de Actualización Continua para Ginecología y Obstetricia. Libro 1 (Vigilancia prenatal): Pág. 18.

primer trimestre de la gestación y suele desaparecer de manera espontánea a lo largo del embarazo.

- **Épulis del embarazo:** afecta a los tejidos blandos de la cavidad oral, y consiste en un crecimiento benigno en la papila que tiene su origen en los ligamentos o estructuras de soporte del diente.
- **Erosiones dentales:** se trata de desgastes en la superficie de los dientes que son causados por la acidez del vómito que suele ser bastante frecuente en muchas mujeres, sobre todo durante los primeros meses de embarazo. A consecuencia del desgaste aumenta la sensibilidad dental con la temperatura (frío o caliente), lo que puede resultar muy molesto. La solución es sencilla, y para evitarlo basta con cepillar los dientes después del vómito para eliminar los residuos ácidos.⁸

3.1.3. Atención Primaria de Salud en General

a. Definición

La conferencia de la OMS-Unicef de Alma-Ata definió la APS como «la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria es parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la

⁸ <http://www.webconsultas.com/embarazo/control-prenatal/patologias-orales-especificas-de-las-embarazadas>

atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria».⁹

b. Características generales de la atención primaria de salud

La APS debe ser:

- **Integrada.** Interrelaciona los elementos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación y reinserción social que han de formar parte de las actuaciones desarrolladas. Se integra funcionalmente con las restantes estructuras y niveles del sistema sanitario.
- **Continuada y permanente.** A lo largo de la vida de las personas, en sus distintos ámbitos (domicilio, escuela, trabajo, etc.) y en cualquier circunstancia (consulta en el centro de salud, urgencias, seguimiento hospitalario).
- **Activa.** Los profesionales de los equipos no pueden actuar como meros receptores pasivos de las demandas; han de trabajar activamente en los distintos aspectos de la atención, resolviendo las necesidades de salud, aunque éstas no sean expresadas.
- **Accesible.** Los ciudadanos no deben tener dificultades importantes para poder tomar contacto y utilizar los recursos sanitarios. Basada en el trabajo en equipo. Equipos de Salud o de Atención Primaria integrados por profesionales sanitarios y no sanitarios. Comunitaria y participativa. Proporciona atención de los problemas de salud, tanto desde la perspectiva individual como colectiva, mediante la utilización de las técnicas propias de la salud pública y medicina comunitaria. La APS está basada en la participación activa de

⁹ ZURRO, Martín. *Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. Tercera edición. Editorial Elsevier. Barcelona. España Pág. 4-5

la comunidad en todas las fases del proceso de planificación, programación y puesta en práctica de las actuaciones.

- **Programada y evaluable.** Con actuaciones basadas en programas de salud con objetivos, metas, actividades, recursos y mecanismos de control y evaluación claramente establecidos.
- **Docente e investigadora.** Desarrolla actividades de docencia pre y pos-graduada, así como de formación continuada de los profesionales del sistema y de investigación básica y aplicada en las materias propias de su ámbito.¹⁰

3.1.4. Atención Primaria Bucodental

a. Definición

La atención primaria bucodental es el conjunto de procedimientos estomatológicos dirigidos a la población priorizada de niños, gestantes y adulto mayor con la finalidad de prevenir la aparición de enfermedades en el sistema estomatognático, actuando sobre los factores de riesgo.¹¹

b. Atención Estomatológica Preventiva brindada por el MINSA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), afirma que las enfermedades bucodentales, como la caries dental, la enfermedad periodontal y la mal oclusión constituyen problemas de salud pública que afecta a los países industrializados y cada vez con mayor frecuencia a los países en desarrollo, en especial a las comunidades más pobres.

Las enfermedades bucodentales comparten factores de riesgo con las enfermedades crónicas más comunes como las enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades

¹⁰ ZURRO, Martín. *Ob. cit.* Pág. 4-5

¹¹ DECLARACIÓN DE ALMA-ATA, *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978

respiratorias crónicas y diabetes. Siendo el factor de riesgo más importante una higiene bucodental deficiente.

La atención odontológica curativa tradicional representa una importante carga económica para muchos países de ingresos altos, donde el 5%-10% del gasto sanitario público guarda relación con la salud bucodental.¹²

La Salud Bucal en el Perú constituye un grave problema de Salud Pública, por lo que es necesario un abordaje integral del problema, aplicando medidas eficaces de promoción y prevención de la salud bucal. La población pobre al igual que la no pobre, presenta necesidades de tratamiento de enfermedades bucales, solo que la población pobre, tiene que verse en la necesidad de priorizar, entre gasto por alimentación y gasto por salud.

Según el Estudio Epidemiológico a nivel nacional realizado los años 2001-2002 la prevalencia de caries dental es de 90.4%; además en lo que se refiere a caries dental el índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD), a los 12 años es de aproximadamente 6, ubicándose según la Organización Panamericana de la Salud – OPS en un País en estado de emergencia; según un estudio del año 1990, la prevalencia de enfermedad periodontal fue de 85% y en estudios referenciales se estima que la prevalencia actual de maloclusiones es del 80%.

El Plan Nacional Concertado de Salud (PNCS) identifica los problemas sanitarios del Perú y las iniciativas políticas de concertación para dirigir los esfuerzos y recursos a fin de mitigar esos daños, entre ellos señala la Alta Prevalencia de Enfermedades de la Cavity Bucal como uno de los 12 principales problemas sanitarios en el Perú y el estado peruano

¹² https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=13

tiene como respuesta a este problema sanitario, la estrategia sanitaria nacional de salud bucal.

Con R. M. N° 649-2007/MINSA, se establece a la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal de la Dirección General de Salud de las Personas; la cual se reestructura con R.M. N° 525-2012/MINSA, teniendo entre sus principales funciones la gestión de las actividades promocionales, preventivas, recuperativas y de rehabilitación en todas las etapas de vida en el marco de la atención integral de salud; formulación y propuesta normativa, la articulación intra e intersectorial y con la sociedad civil para el abordaje multidisciplinario de las enfermedades bucales.

En ese contexto se viene implementado el Plan de Intervención para la Rehabilitación Oral con Prótesis Removibles en el Adulto Mayor 2012-2016 “Vuelve a Sonreír”, el Módulo de Promoción de la Salud de la Higiene Bucal en el marco del Plan de Salud Escolar y la atención odontológica integral a la población asegurada al SIS.¹³

b.1. Examen Estomatológico

b.1.1. Odontograma

Un odontograma es un esquema utilizado por los odontólogos que permite registrar información sobre la boca de una persona. En dicho gráfico, el profesional detalla qué cantidad de piezas dentales permanentes tiene el paciente, cuáles han sido restauradas y otros datos de importancia.¹⁴

- El odontograma debe formar parte de la Ficha Estomatológica y de la Historia Clínica.

¹³ https://www.minsa.gob.pe/portaWeb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=13

¹⁴ <http://definicion.de/odontograma/>

- El sistema numérico para el odontograma debe ser el sistema dígito dos o binario propuesto por la Federación Dental Internacional y aceptada por la Organización Mundial de la Salud.
- El odontograma se debe desarrollar individualmente para cada paciente, durante la primera cita odontológica y será inalterable.
- Paralelamente se debe desarrollar un odontograma que registre la evolución de los tratamientos dentales.
- En el odontograma inicial sólo se debe registrar lo observado en el momento del examen y no debe registrarse el plan de tratamiento.
- Cada registro que se haga en el odontograma debe respetar proporcionalmente el tamaño, ubicación y forma de los hallazgos.
- Para el registro de hallazgos en el odontograma solo se utilizará los colores rojo y azul.
- En los recuadros correspondientes a las piezas dentarias en donde se especifique el tipo de tratamiento se registrará las siglas en color azul cuando el tratamiento se encuentra en buen estado y en color rojo cuando se encuentra en mal estado. Asimismo, los tratamientos temporales se registrarán de color rojo.
- En el rubro de especificaciones se debe explicar, determinar, aclarar con individualidad los hallazgos que no pueden ser registrados gráficamente.
- En el caso de que una pieza dentaria presente más de una anomalía, estas se deben registrar en el ítem de especificaciones.
- Los hallazgos radiográficos deben ser consignados en el odontograma.

- El gráfico del odontograma establecido en la presente norma será único, y debe ser impreso en color negro. La corona debe tener como mínimo un centímetro cuadrado y la raíz será proporcional a esta.
- El odontograma debe ser llenado sin enmendaduras ni tachaduras. En el caso que se produjera alguna modificación por tratamiento el profesional responsable debe registrar y firmar la modificación realizada en el ítem de especificaciones.¹⁵

b.1.2. Riesgo de Caries

El riesgo puede ser definido como la probabilidad de que los miembros de una población definida desarrollen una enfermedad en un período. Por definición, se nota la convergencia de tres dimensiones siempre relacionadas con el concepto de riesgo: ocurrencia de la enfermedad, denominador de base poblacional y tiempo¹⁶.

Junto al concepto de riesgo se emplean los términos indicadores y factores de riesgo. Los indicadores de riesgo (IR) son las variables asociadas con una enfermedad. Son determinados con estudios de casos y controles o de corte transversal, por lo que no pueden determinar si el factor estuvo presente antes del ataque de la enfermedad. Pueden ser útiles para reconocer y señalar grupos de alto riesgo. En cambio, el factor de riesgo (FR) es un factor asociado con una probabilidad aumentada de que un individuo desarrolle una enfermedad particular (implica causalidad). Para determinarlos se deben emplear estudios prospectivos (que identifican un factor de riesgo potencial antes que la

¹⁵ Colegio Odontológico del Perú. NORMA TÉCNICA DEL ODONTOGRAMA. Consejo Administrativo Nacional. 2015

¹⁶ MATTOS MA, MELGAR RA. *Riesgo de caries dental*. Pág. 101 - 106.

enfermedad desarrolle). El valor de un factor de riesgo debería ser determinado por medio de pruebas humanas controladas al azar. En contraste, muchos estudios emplean la expresión predictor de riesgo para referirse tanto a los factores como a los indicadores de riesgo empleados para predecir la incidencia de caries dental en estudios longitudinales¹⁷.

b.1.3. Plan de tratamiento

Definición

Es la propuesta de resolución en forma integral de los problemas de salud bucal identificados durante el proceso de diagnóstico, el cual debe plantearse de manera secuencial, lógica y ordenada, tomando en consideración todos los aspectos multidisciplinarios, con el objetivo de recuperar y mantener la salud bucal.

Como regla general:

- Iniciar cualquier acción o procedimiento hasta tener establecido el plan de tratamiento.

Pueden exigir la modificación del plan inicial:

- La atención de una urgencia
- Sucesos imprevistos durante el tratamiento
- El plan de tratamiento incluye las siguientes decisiones:
 - Dientes por conservar o a extraer
 - Tratamiento de bolsas, por técnicas quirúrgicas o no quirúrgicas y cuales técnicas pueden ser aplicadas
 - Necesidad de corrección oclusiva, antes del tratamiento de las bolsas, durante o después de él
 - Indicación de tratamientos por implantes

¹⁷ Ibíd. Pág. 108

- Necesidad de restauraciones temporales
- Restauraciones definitivas necesarias después del tratamiento y elección de los dientes pilares en caso de prótesis fija
- Necesidad de consulta con ortodoncia
- Tratamientos de endodoncia
- Consideraciones cosméticas del tratamiento periodontal
- Secuencia del tratamiento¹⁸

Consideraciones cosméticas

- Los pacientes valoran la cosmética dental según: edad, género, profesión, condición social, etc.
- El profesional evaluará y considerará el resultado final del tratamiento aceptable al paciente sin perjudicar la salud

Implantes

Valorar piezas dudosas:

- Eliminación o sustitución por implante

Consulta interdisciplinaria

- Casos complejos, antes del Plan de Tratamiento definitivo.

Oclusión

- Considerar relaciones oclusivas
- Ajuste oclusal, ferulización y corrección de bruxismo

Parámetros del resultado clínico a lograr

- Eliminar la inflamación y el sangramiento (resolución de la gingivitis)
- Reducción de la profundidad de las bolsas periodontales.

¹⁸ https://es.slideshare.net/eloger/plan-de-tratamiento?qid=071085a1-fb82-4aab-a756-c3c8c1126a57&v=&b=&from_search=7

- Eliminación de las lesiones de furcación abiertas en dientes multirradiculares.
- Estética y función individual satisfactoria.
- Eliminar el dolor
- Erradicar la infección
- Detener la formación de exudado purulento
- Detener la destrucción de tejido blando y hueso
- Disminuir la movilidad dental¹⁹

➤ FASE SISTÉMICA

Objetivo:

Efectuar el tratamiento sin riesgos, tanto para el paciente como para el operador, asegurándose de proporcionar las medidas necesarias para pacientes con algún compromiso sistémico y evitar cualquier inconveniente con los pacientes sin compromiso.

El estado sistémico modifica el plan de tratamiento propuesto efectuándose alternativas en los procedimientos periodontales que pueden afectar la respuesta de los tejidos o amenazan la preservación de salud periodontal al terminar el tratamiento

En casos especiales se debe considerar la interconsulta con el médico.

El tratamiento sistémico puede instituirse como auxiliar de las medidas locales y con fines específicos, tales como:

- La eliminación de complicaciones sistémicas por infecciones agudas
- Utilización de sustancias químicas para prevenir los efectos lesivos de la bacteremia posterior a la terapéutica

¹⁹ https://es.slideshare.net/eloger/plan-de-tratamiento?qid=071085a1-fb82-4aab-a756-c3c8c1126a57&v=&b=&from_search=7

- Tratamiento nutricional de apoyo
- Control de enfermedades sistémicas que agravan el estado periodontal o precisan de precauciones especiales en el transcurso del tratamiento.
- El tratamiento sistémico para resolver la lesión periodontal, combinado con la terapéutica local, está indicado en la PERIODONTITIS AGRESIVA, para así suprimir por completo las bacterias que invaden los tejidos gingivales que pueden repoblar la bolsa luego del raspaje y alisado radicular
- Un cambio en el estado Sistémico del paciente modifica el Plan de Tratamiento propuesto, por lo que se deben plantear alternativas en los procedimientos, para no afectar la reacción de los tejidos o eliminar amenazas en la preservación de salud periodontal durante o al terminar el tratamiento.²⁰

➤ **FASE PRELIMINAR O DE URGENCIA**

Prioridad proporcionar comodidad al paciente, se debe eliminar o remitir para dar tratamiento inmediato a cualquier molestia a nivel bucal que está afectando su calidad de vida, ya sea a nivel periodontal o dental.

- Cualquier dolor o molestia que afecte la calidad de vida del paciente: eliminación de dolor: dental o periapical
- GUN, PUN, ABSCEOS (Gingival, periodontal y pericoronal o pericoronaritis).
- Aftas
- Impacto alimenticio
- Trauma oclusal agudo

²⁰ https://es.slideshare.net/eloger/plan-de-tratamiento?qid=071085a1-fb82-4aab-a756-c3c8c1126a57&v=&b=&from_search=7

- Quemaduras
- Incrustación de cuerpos extraños.
- Fracturas coronarias²¹

➤ FASE HIGIÉNICA

- Motivación y educación al paciente
- Control de Placa Bacteriana (uso de sustancias reveladoras de P.B.)
- Técnicas de Higiene Oral:
 - Técnica de cepillado: tipo de cepillo dental
 - Instrucción para el uso de hilo dental
 - Aditamentos especiales para la higiene de aparatos protésicos y de ortodoncia
- Raspaje.
- Control de Placa Bacteriana.
- Raspaje y alisado radicular.
- Control de Placa Bacteriana.
- Eliminación, recontorneado de coronas individuales o de pónicos.
- Eliminación y/o recontorneado de obturaciones Higienización de pónicos.
- Profilaxis
- Obturaciones provisionales a nivel interproximal y cervical
- Colocación de prótesis temporales
- Ajuste oclusal preliminar
- Aperturas (endodoncia)
- Exodoncia de:
 - Restos radiculares

²¹ Ibid.

- 3eros. molares que estén produciendo molestias o favorezcan el acúmulo de irritantes locales.
- Piezas con movilidad grado III
- Reevaluación 1 mes:
 - Profundidad de bolsa e inflamación
 - Placa y cálculo
 - Caries²²

➤ REEVALUACION FASE I

Cuatro semanas después del raspado y alisado radicular, ya hay cicatrización de tejidos epitelial y conectivo y es un lapso adecuado para adquirir destreza en la H.O.

En esta etapa puede presentarse una hipersensibilidad radicular transitoria y recesión marginal, por lo que debemos advertir al paciente al respecto. Se examinan los tejidos periodontales para establecer la necesidad de proseguir con el plan de tratamiento.

Fase Correctiva o Quirúrgica

Técnicas quirúrgicas seleccionadas de acuerdo al problema periodontal diagnosticado

- Ortodoncia
- Ajuste oclusal definitivo
- Rehabilitación protésica

Fase De Mantenimiento

Visitas periódicas de control: La frecuencia dependen de los factores de riesgo

- Cambios en el aspecto sistémico

²² <https://es.slideshare.net/eloger/plan-de-tratamiento?qid=071085a1-fb82-4aab-a756-c3c8c1126a57>

- Reevaluación periodontal/dental: Presencia de placa bacteriana y/o cálculo dental. Estado gingival (presencia de inflamación, enfermedad periodontal). Oclusión. Movilidad dental ²³

Otros cambios patológicos

- Requerimiento de Tratamientos según estado del Paciente.
- Reevaluación de restauraciones y aparatos protésicos
- Controles radiográficos dependen del caso: Mínimo 1 año. ²⁴

Como explicar el plan de tratamiento al paciente

- Ser específico
- Iniciar con positivismo
- Explicar que tanto las restauraciones como las prótesis dentales son importantes para la salud del periodonto
- Con pacientes que tienen dudas en el tratamiento explicarles la importancia del tratamiento por las razones siguientes:
 - Que la enfermedad periodontal es una infección bacteriana y existe evidencia de ser un factor de riesgo importante para enfermedades que ponen en peligro la vida, como apoplejías, cardiopatías, enfermedades pulmonares, diabetes, nacimiento de niños prematuros y con bajo peso.
 - Sin el soporte periodontal sano, no es posible continuar con otros tratamientos tales como restauraciones y/o prótesis.

²³ https://es.slideshare.net/eloger/plan-de-tratamiento?qid=071085a1-fb82-4aab-a756-c3c8c1126a57&v=&b=&from_search=7

²⁴ Ibid.

- Si la enfermedad periodontal no es tratada, no solo repercute en la pérdida de los dientes involucrados, sino que afecta a las demás piezas dentales.²⁵

b.2. Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales

b.2.1. Alimentos cariogénicos y no cariogénicos

Se define dieta cariogénica a aquella de consistencia blanda, con alto contenido de hidratos de carbono, especialmente azúcares fermentables como la sacarosa, que se deposita con facilidad en las superficies dentarias retentivas. Aunque la caries dental se considera una enfermedad infecciosa, el rol de la dieta diaria en la adquisición de la infección y el desarrollo de la enfermedad es crítico. Existe una gran cantidad de información sobre la influencia de la dieta en la caries dental. Lo que se sabe es que los alimentos que contienen azúcar inducen al proceso cariogénico; sin embargo, pensar que la cantidad de azúcar que un paciente consume se correlaciona directamente con la caries es una simplificación. Existen otros factores, relacionados con los alimentos, que tienen tanta o más importancia con respecto a la cariogenicidad de los mismos, que la cantidad de azúcar que estos contienen.²⁶

Como se ha visto, los llamados «choques ácidos» frecuentes y la larga retención de los sustratos aumentan la posibilidad del desarrollo de caries. También se ha comprobado que los alimentos más cariogénicos son los

²⁵ https://es.slideshare.net/eloger/plan-de-tratamiento?qid=071085a1-fb82-4aab-a756-c3c8c1126a57&v=&b=&from_search=7

²⁶ Lipari A y Andrade P. Factores de Riesgo Cariogénico. Revista Chilena de Odontopediatría, 2002 (13):7-8.

más acidógenos y viscosos, pues su consistencia también tiene alguna influencia sobre el tiempo de retención y son preferibles los líquidos a los sólidos y las partículas gruesas a las finas. Los pegajosos y retentivos (dulces, frutos secos) se adhieren a las superficies y grietas de los dientes, permaneciendo más tiempo en contacto con la estructura dental.

Las bebidas gaseosas se eliminan con rapidez de la boca, aunque su alto contenido en ácido puede contribuir a la erosión del esmalte cuando se consumen en grandes cantidades. El mayor potencial cariogénico corresponde a la sacarosa, debido a que puede intervenir en el proceso cariogénico por dos vías: por un lado, la sacarosa de la dieta es utilizada por los microorganismos de la flora oral para la formación de polisacáridos adherentes (dextranos, levanos) que sirven de material de anclaje para la retención de la placa bacteriana.

También, las enzimas bacterianas hidrolizan la sacarosa para desdoblarla en glucosa y fructosa, que son utilizadas inmediatamente como fuente de energía mediante el ciclo de Krebs, que da como resultado final la producción de ácidos (láctico, pirúvico) causantes de la desmineralización del esmalte.

Otros hidratos de carbono fermentables, como la fructosa, la glucosa, la maltosa y la lactosa son también cariogénicos, aunque mucho menos que la sacarosa. El almidón no puede iniciar el proceso de caries sin una oportunidad prolongada para que las bacterias se adapten a metabolizarlo. Si el alimento con almidón queda retenido un tiempo suficiente en la boca, la amilasa salival hace

más disponible el sustrato a medida que hidroliza el almidón en maltosa.²⁷

b.2.2. Hábitos dietéticos saludables

La alimentación equilibrada ayuda a conservar los dientes sanos y fuertes, además ayudará al resto de organismo a tener más vitalidad.²⁸

Una buena alimentación consiste en comer frutas, lácteos, verduras y alimentos fibrosos como cereales. Esto se complementa con evitar el consumo en exceso de dulces, ya que las bacterias que residen en la boca pueden convertir los azúcares en productos ácidos que destruyen los dientes. En la boca pueden presentarse cientos de enfermedades, así como también pueden manifestarse los signos y síntomas de otras enfermedades sistémicas que no se originan en la cavidad oral. La enfermedad número uno es la placa bacteriana. De ella se originan la tan conocida caries, la gingivitis (o enfermedad de las encías), la periodontitis (o enfermedad del aparato de sostén del diente) y la pulpitis (o enfermedad de la pulpa).²⁹

b.3. Instrucción en higiene oral

b.3.1. Técnica de Cepillado

- **Técnica de Charters**

El cepillo con esta técnica es de utilidad para limpiar las áreas interproximales. Las cerdas del cepillo se colocan en el borde gingival formando un ángulo de 45 grados y

²⁷ P.J. MOYNIHAN. Dietary advice in dental practice. British dental Journal volume 193 N° .10

²⁸ JAUREGUI, SUÁREZ. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. 2ª edición. Editorial Médica Panamericana. Colombia. Pág. 425.

²⁹ JAUREGUI, SUÁREZ. Ob. Cit. Pág. 426.

apuntándole hacia la superficie oclusal de ese modo, se realizan movimientos vibratorios en los espacios interproximales. Al cepillar las superficies oclusales, se presionan las cerdas en surcos y fisuras y se activa el cepillo con movimientos de rotación sin cambiar la posición de la punta de la cerda. El cepillo se coloca de manera vertical durante el aseo de la cara lingual de los dientes anteriores. La técnica de Charters se utiliza también alrededor de aparatos ortodónticos y cuando está desapareciendo el tejido interproximal, pero no se recomienda cuando están presentes las papilas.³⁰

- **Técnica de Stillman**

Las cerdas del cepillo se inclinan en un ángulo de 45 grados dirigidos hacia el ápice del diente; al hacerlo debe cuidarse que una parte de ellas descansen en la encía y otra en el diente. De ese modo, se hace una presión ligera y se realizan movimientos vibratorios.³¹

- **Técnica de Bass**

Esta técnica es de gran utilidad para pacientes con inflamación gingival y surcos periodontales profundos. El cepillo se sujeta como si fuera un lápiz, y se coloca de tal manera que sus cerdas apunten hacia arriba en la maxila y hacia abajo en la mandíbula formando un ángulo de 45 grados en relación con el eje longitudinal de los dientes para que las cerdas penetren con suavidad en el surco gingival. Asimismo, se presiona con delicadeza en el surco mientras se realizan pequeños movimientos vibratorios horizontales sin despegar el cepillo durante 10

³⁰ HIGASHIDA B. Odontología Preventiva. 1era edición: Mc graw- Hill Interamericana; 2000. Pág. 85

³¹ CARRANZA F, NEUMAN M. *Periodoncia Clínica*. 8va ed. Argentina: Interamericana; 1998. Pág. 45.

a 15 segundos por el área. El mango del cepillo se mantiene horizontal durante el aseo de las caras vestibulares de todos los dientes y las caras linguales de las premolares y molares; pero se sostiene en sentido vertical durante el cepillado de las caras linguales de los incisivos superiores e inferiores. Las caras oclusales se cepillan haciendo presión en surcos y fisuras y con movimientos cortos anteroposteriores.³²

- **Técnica de Bass modificado**

Es la considerada la más eficiente en odontología. La Técnica de Bass modificada consiste en colocar las cerdas sobre la encía con un ángulo de 45 grados. Las cerdas deben estar en contacto con la superficie dental y la encía. Cepillar suavemente la superficie dental externa de 2 a 3 dientes con un movimiento rotatorio de adelante hacia atrás. Posteriormente se mueve el cepillo al próximo grupo de 2 o 3 dientes y repita la operación. Mantener un ángulo de 45 grados con las cerdas en contacto con la superficie dental y la encía. Cepillar suavemente usando un movimiento circular al mismo tiempo realice un movimiento de adelante hacia atrás sobre toda la superficie interna. Incline el cepillo verticalmente detrás de los dientes frontales. Hacer varios movimientos de arriba hacia abajo usando la parte delantera del cepillo ponga el cepillo sobre la superficie masticatoria y haga un movimiento suave de adelante hacia atrás. Cepillar la lengua de adelante hacia atrás para eliminar las bacterias que producen mal aliento.³³

³² HIGASHIDA B. Ob. Cit. Pág. 91-93.

³³ HIGASHIDA B. Ob. Cit. Pág. 95

b.3.2. Pasta dental

Las pastas dentales son suspensiones homogéneas de sólidos en agua que al ser preparados forman un producto de aspecto cremoso de consistencia semisólida, que se presentan en forma de pasta o de gel, que favorecen la salud oral a través de dos acciones principales; ayudar al cepillo dental a remover los depósitos que se acumulan sobre las superficies de los dientes y vehiculizar a las superficies de los diferentes compuestos con una acción terapéutica específica. En la actualidad en el mercado existen una amplia gama de opciones que pueden ser determinados en los siguientes parámetros: el color, el sabor, la textura, la presentación y el precio. Además de su acción limpiadora, las pastas dentífricas pueden tener una actividad específica de prevención o tratamiento de patologías bucales. Así, encontramos las siguientes pastas dentífricas: Anticaries, Antiplaca, Desensibilizantes, Gingivales.³⁴

b.3.2.1. Componentes de las pastas dentífricas.

Las pastas contienen en su formulación básica agentes abrasivos, humectantes, espumantes, aglutinantes, saborizantes y conservantes. Las usadas para el tratamiento o prevención de problemas bucales incorporan ingredientes activos. Debido a este al gran número de ingredientes utilizados para la elaboración de pastas dentales se han clasificado de la siguiente manera:

35

³⁴ BERMEO REYES, José Julián. *Importancia del uso de dentífricos para infantes en la Facultad Piloto de Odontología. Periodo 2011*. Universidad de Guayaquil. Junio 2012. Pág. 8-10.

³⁵ BERMEO REYES, José Julián. Ob. Cit. Pág. 16

- **Agentes limpiadores:** Los dentífricos poseen compuestos detergentes que penetran y alojan los depósitos de la superficie favoreciendo su eliminación como el sulfato de sodio.
- **Agentes que previenen la caries:** Como el flúor ya que protege a los dientes de las caries y además de remineralizar las lesiones que hayan aparecido.
- **Agentes que previenen el sarro:** Como los pirofosfatos, que intervienen químicamente contra la formación del sarro, ya que bloquean los receptores de las sales, responsables de ese proceso.
- **Agentes anti placa bacteriana:** Entre los químicos más importantes está el triclosan, este posee una acción antiinflamatoria, antibacteriana y fungicida, de acción continua 14 horas. Y la clorhexidina un bacteriostático muy destacado conocido por sus múltiples usos en enfermedades periodontales.
- **Agentes desensibilizantes:** Para tratar la hipersensibilidad, los dentífricos pueden incluir en su composición elementos químicos como: nitrato de potasio, citrato de sodio y/o cloruro de estroncio.
- **Agentes pulidores o blanqueadores:** Utilizados en la formula dentífrica para eliminar manchas. Los elementos químicos se encuentran: sílice, óxido de aluminio, carbonato de calcio y fosfatos de calcio, entre otros. El bicarbonato de sodio también puede actuar como un abrasivo leve si se utiliza en suficiente concentración. Útiles para dentaduras muy pigmentadas y no deben emplearse cuando hay zonas sensibles expuestas.
- **Agentes saborizantes:** O edulcorantes son importantes en la elaboración de un dentífrico para

niños que deben contener algún sabor para estimular su uso estos ingredientes pueden ser de origen semisintético como: Menta, hierbabuena y otros edulcorantes artificiales de origen sintético como: sacarina, aspartame y xilitol; citados por ser los edulcorantes más importantes y conocidos. A continuación se detallará el objetivo de cada una:

- **Sacarina:** La sacarina no es glucosa por lo consiguiente no es cariogénica y tiene la propiedad de ser utilizada como un agente saborizante y actúa sinérgicamente con otros edulcorantes, entre sus otras propiedades además cuenta con ser hipocalórico, más potente, más barato, etc. ³⁶
- **Acesulfam-K:** Es un agente edulcorante de estructura molecular que se asemeja a la sacarina. Con la propiedad de ser dos veces más dulce que la sacarosa. Posee la característica de que ofrece excelente estabilidad y está demostrado que es utilizado sin ningún efecto adverso en dentífricos, además en alimentos y bebidas.
- **Ciclamato:** Es un agente edulcorante muy conocido utilizado en la confección de pastas dentífricas, estructura molecular similar a la sacarina, entre sus propiedades podemos destacar que posee bajas calorías, es 30 veces más dulce que la sacarosa, es sinérgico con otros endulzantes ofrece estabilidad ante el frío y el calor.
- **Aspartame:** Este edulcorante proviene de un dipéptido de i-fenil alanina y l-acido aspártico, unidos por un enlace de un fragmento de una proteína, entre sus nombres comerciales se encuentran

³⁶ *Ibíd.* Pág. 8-10.

nutrasweet y equal. Posee la propiedad de ser 180 veces más dulce que la sacarosa ofrece la propiedad de ser anticariogénico y de bajo valor calórico.

- **Xilitol:** Es un edulcorante 100% natural sin los efectos secundarios de la sacarosa t los endulzantes sintéticos que su principal propiedad es que se ha probado que es un agente protector del diente y se encarga de acelerar la recuperación del pH y características anticariogénicas al remineralizar el esmalte atacado por la caries, además favorece la absorción de calcio a través de las paredes del intestino. Este producto se obtiene de forma natural se encuentra perenne en frutas y verduras tales como: fresas, coliflor, ciruela, hongos etc. El xilitol inhibe directamente la proliferación de la principal bacteria causante de la caries dental el estreptococos mutans por lo consiguiente se forma menos placa y disminuye el nivel de ácidos formados por la bacterias y que atacan a las superficies de los dientes.
- **Humectantes:** Empleados en la confección de pastas dentales su principal uso es para evitar la pérdida de agua y mantener la estructura otros componentes que le dan cuerpo a la pasta para prevenir la disociación de sus componentes.³⁷

b.3.3. Uso del hilo dental

El uso del hilo dental es tan importante como el uso del cepillo. La seda garantiza la remoción de detritos que el cepillado no elimina. De acuerdo con algunos estudios, la

³⁷ Ibid. Pág. 8-10.

asociación del cepillado y la seda remueve un 26% más de placa que el uso aislado del cepillo.

La capacidad para manipular con efectividad el hilo dental es función de coordinación entre ojos, manos y la destreza manual. Se reconoce que los niños preescolares y de los primeros grados de primaria son incapaces de manipular correctamente el hilo dental entre sus dientes.

En consecuencia, la responsabilidad por los procedimientos del uso del hilo dental radica en los padres.³⁸

Modo de empleo.

Se coge aproximadamente 60 cm. de hilo y enrollarlo en los dedos medio de ambas manos, dejando libre cerca de 20 cm. Se pasa el hilo por los pulgares e índices, manteniendo tensos de 3 a 4 cm. Se desliza el hilo entre cada dos dientes, introduciéndolo suavemente, sin movimientos de vaivén, a través del punto de contacto, tratando de adaptar el hilo a la superficie del diente. Se repite esta operación en todos los dientes, incluso en los más alejados.³⁹

b.3.4. Detección de residuos alimenticios sobre la superficie dentaria

El objetivo del control de placa es que el paciente entienda y valore sus dientes y tejidos de sostén y que llegue a comprender la importancia que tiene el cuidado de los mismos. Nuestro objetivo final no debe ser solamente enseñar al paciente a limpiar cuidadosamente

³⁸ Guía de Salud Infantil. US Department of Health Human services. Sep 2000. Appip Publication 99-0013 <http://www.ahrq.gov/ppip/spadul/ppspchld.htm>

³⁹ MAGNUSSON, Bengt. Odontología Preventiva. Reimpresión 1987

las superficies dentarias, sino hacer que se acostumbre a esa sensación de limpieza de forma que ya no pueda pasarse sin ella: UN CAMBIO DE COMPORTAMIENTO MANTENIDO o, lo que es igual, la adquisición de un HÁBITO. Para conseguirlo hay que introducir al paciente en un CONTROL MECÁNICO DE BIOPELÍCULAS 55 programa control de placa y conectar directamente con lo que llamamos EDUCACIÓN SANITARIA.

Para conseguir un hábito positivo, se debe realizar un programa control de placa individualizado para cada paciente que comienza en el consultorio, y continúa en el hogar. El programa se llevará paso a paso, promoviendo la participación del paciente y estimulándolo continuamente. Progresivamente irá adquiriendo los conocimientos y técnicas adecuadas para remover la placa bacteriana, estando sometido a un control de placa, de forma que se pueda apreciar su evolución, tanto positiva como negativa.

En un primer momento se dará cita una vez a la semana durante un mes; progresivamente, y en el caso de que el paciente vaya mejorando su técnica, se irán espaciando las visitas (una vez al mes, durante uno o dos meses). Si el paciente progresa adecuadamente, se cita al paciente a los tres meses, y si todo marcha bien, se coloca al paciente en un programa regular de revisiones cada seis meses, que seguirá durante toda la vida.⁴⁰

La placa dentobacteriana es un sedimento blando, bacteriano, adherente, que se acumula en los dientes. El otro sedimento es el duro, o sea el sarro. Cabe destacar

⁴⁰ BACA GARCÍA P BRAVO PÉREZ M. Control mecánico de biopelículas orales. Práctica 3.

que el sarro se forma con la placa dentobacteriana. Esta placa es invisible, y se forma con la aparición de una capa de bacterias en el diente y encías cuando no tenemos una buena higiene bucal, se desarrolla gracias a la fijación y multiplicación de las bacterias que producen ácidos y las sustancias tóxicas junto con los restos alimenticios; progresa más rápido con los alimentos blandos y los ricos en azúcares.

El sarro es el que provoca y mantiene la inflamación gingival (encías), responsable en una gran parte del desarrollo de la gingivitis y la parotiditis.⁴¹

b.3.5. Índice de Higiene Oral Simplificado

Green y Vermillon elaboraron el índice de higiene oral en 1960 y luego lo simplificaron para incluir solo seis superficies dentarias. Este índice epidemiológico evalúa el estado de higiene de oral considerando la presencia y cantidad de placa dentobacteriana y cálculo dental. El estado de higiene oral se mide únicamente en superficies de los dientes completamente erupcionados o que han alcanzado el plano oclusal permitiendo también tener un diente sustituto en caso de ausencia del diente guía a examinar, solo se adjudica puntajes a seis piezas dentarias, superficies vestibulares de primeros o segundos molares permanentes superiores, incisivo central superior e inferior y caras linguales de primeros o segundos molares permanentes inferiores, siendo el objetivo: Determinar y evaluar cuantitativamente y

⁴¹ http://tuxchi.iztacala.unam.mx/cuaed/comunitaria/unidad3/images/salud_bucal.pdf

cualitativamente el grado de higiene oral en la población.
Evaluar las medidas preventivas del cepillado dental.⁴²

b.4. Aplicación de sellantes

La forma más eficaz para prevenir la caries en fosa y fisuras es el sellado de las mismas. Es importante preservar la estructura dental. Una vez abierta la cavidad, el diente necesitará asistencia odontológica de por vida, ya que ninguna restauración dura toda la vida. Se considera que un gran porcentaje de niños hasta los 18 años tienen alguna caries, (principalmente los primeros molares permanentes), debemos prevenir sellando todos los dientes.⁴³

b.5. Aplicación de flúor barniz

Los barnices se usan en las clínicas dentales, tienen la ventaja que el flúor aplicado, debido una laca soporte, se mantienen más tiempo en contacto con el diente, y por tanto más posibilidad de formación de fluorapatita.

Se aconseja no tomar nada en 30 minutos, e incluso de debe cepillarse durante 24 horas para no eliminarlo. El paciente puede notar a las horas siguientes de la aplicación el desprendimiento de la capa adherente soporte del flúor.

Los barnices están indicados en niños menores de 6 años, ya que estos se tragan los geles, y así evitamos este problema.

También están indicados en pacientes que no soportan, debido a las náuseas, las cubetas de los geles. Está indicado

⁴² Iruretagoyena MA. Índice simplificado sobre higiene oral. Buenos Aires, Argentina; 2007 Nov; Disponible en: G:\Índice simplificado sobre higiene oral II.htm

⁴³ MC. DONALD, Ralph. Odontología Pediátrica y del Adolescente. 5ta edición. Editorial Panamericana. 1995

en disminuidos psíquicos y en adultos como elemento antisensibilidad dentinaria.⁴⁴

b.6. Aplicación de flúor gel

Es el sistema más utilizado en las clínicas dentales para aplicar flúor tópico. Se usan geles de flúor fosfatoácido al 1,23%, y más actual es el uso de geles de fluoruro sódico al 2%. La ventaja de estos es que tienen menos acidez y alteran menos las restauraciones de composites y cerámicas que puede llevar un paciente. Se aplican en cubetas desechables, las dos arcadas a la vez y un tiempo máximo de 4 minutos.

Hay que evitar enjuagarse, pero hay que escupir y eliminar el gel sobrante para evitar que sea tragado. Las cubetas se llenaran con un máximo de 2,5 ml. de gel, y pondremos un aspirador para que el paciente no trague saliva mezclada con gel.⁴⁵

b.7. Profilaxis dental

Es un procedimiento de higiene dental cuyo principal objetivo es limpiar las superficies dentarias retirando el sarro dental o placa calcificada que se encuentra adherido y acumulado en zonas de los dientes que normalmente no son accesibles con el cepillado dental, esta placa calcificada acumulada durante largos periodos de tiempo es una fuente de bacterias y otros microorganismos que causan enfermedad de las encías y tejidos periodontales, cuyas consecuencias finales son el sangrado de encías, la movilidad de los dientes, el mal aliento e infecciones.⁴⁶

⁴⁴ <http://www.odontocat.com/cariesca.htm>

⁴⁵ *Ibíd.*

⁴⁶ https://www.ecured.cu/Profilaxis_dental

3.2. Antecedentes investigativos

3.2.1. Antecedentes locales

- a. **Título:** Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión de Tacna del 2002.

Autora: Rodríguez Vargas, Martha Cecilia

Resumen: El presente estudio fue de tipo descriptivo, transversal, teniendo como propósito evaluar el nivel de conocimiento sobre prevención en salud Bucal en un grupo de 75 primigestas que acudieron a sus controles prenatales del Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Para determinar el nivel de conocimiento se confeccionó un cuestionario de 22 preguntas, donde se evaluó el conocimiento sobre medidas preventivas, enfermedades bucales, desarrollo dental y relación entre gestación y asistencia odontológica, agrupándose los resultados en los siguientes intervalos: malo (0-6 puntos), regular (7- 13) y bueno (14-20 puntos). Además, se consignaron preguntas para el cumplimiento de objetivos específicos como edad, trimestre de embarazo, grado de instrucción, visita al odontólogo, motivos por los cuales reciben o no atención odontológica. Se encontró que el nivel de conocimiento más frecuente fue el regular con un 60% (45 gestantes). El promedio más bajo lo obtuvo la parte referida al desarrollo dental (04). Además, se pudo observar que en la mayoría de este grupo prevalecía el grado de instrucción secundaria, de igual manera la edad más frecuente fueron las gestantes menores de 20 años. No se encontraron diferencias significativas entre el nivel de conocimiento y la edad, trimestre de embarazo, visita al odontólogo. Se encontró una estrecha relación entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento.

3.2.2. Antecedentes Nacionales

- a. **Título:** Nivel de Conocimiento en Prevención de Salud Bucal en Gestantes que se Atienden en dos Hospitales Nacionales Peruanos. 2012

Autores: Justiniano Sotomayor y Cols.

Resumen: El propósito del estudio fue determinar el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue y San José – 2011. Se realizó un estudio descriptivo, transversal, en 249 gestantes que acudieron al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue y 158 pacientes que acudieron al Hospital San José (2011). Se aplicó un cuestionario para medir el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de salud bucal, enfermedades bucales y relación entre atención odontológica y gestación. El 84% no reporta atención odontológica. Solo el 14% tiene conocimientos sobre los elementos de higiene bucal, y menos del 50% tiene conocimiento sobre alimentación durante el embarazo y su efecto en los dientes del niño. El 64% posee un nivel de conocimiento bueno sobre medidas preventivas; sin embargo, acerca de enfermedades bucales y gestación en relación a la atención odontológica, el nivel de conocimientos es malo; por lo que el nivel de conocimiento general en las gestantes sobre medidas de prevención de salud bucal es malo.

- b. Título:** Nivel de Conocimiento sobre Salud Bucal en Gestantes que acuden al Servicio de Obstetricia del Puesto de Salud la Florida del Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash - Noviembre 2012”.

Autora: Bach. Minaya Sanchez Tito Ricardo.

Resumen: El presente trabajo de investigación es tipo observacional, descriptivo de corte transversal, no probabilístico; tiene como objetivo principal determinar el nivel de conocimiento de Salud bucal en las gestantes que acuden al servicio de Obstetricia del puesto de salud La Florida distrito Chimbote, provincia Del Santa, departamento de Ancash - Noviembre 2012, para lo cual se aplicó una encuesta estructurada de manera voluntaria en dicha Institución 25 gestantes. El nivel de conocimiento sobre Salud Bucal se dividió en sobre medidas preventivas, conocimiento enfermedades bucales, conocimiento en atención odontológica gestantes y sobre desarrollo dental; así mismo se relacionó el nivel de conocimiento con grupo etáreo y con el grado de instrucción. Se dividieron los resultados en tres niveles: bueno, regular y malo. En general, sobre conocimiento en Salud Bucal el 84,0% mostró un nivel regular, 12,0 % tuvo un nivel malo y 4,0% bueno. En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, el 48,0% tuvo un nivel regular, el 44,0% un nivel bueno y 8.0% obtuvo un nivel malo; sobre el conocimiento de enfermedades bucales 52,0% tuvo un nivel malo, el 44,0% un nivel regular, y el 4,0% obtuvo bueno; y con respecto al conocimiento sobre atención odontológica en gestantes el 52,0% tuvo un nivel regular, el 28,0% bueno, mientras que 20,0% nivel malo; por último, en desarrollo dental el 52,0% tuvo un nivel malo, 32,0% tuvo

un nivel regular, y el 16,0% mostró bueno. En relación sobre el nivel de conocimiento según la edad predomina el nivel de conocimiento regular en los grupos de menos 20, y 20 a 24 años con 24,0% en cada uno, con un resalte de 4,0% en el grupo etáreo 25 a 29 años el nivel de conocimiento bueno y con respecto al grado de instrucción más frecuente fue el secundario con un 56% en el nivel regular.

3.2.3. Antecedentes Internacionales

- a. **Título:** Nivel de Conocimiento sobre Prevención de Salud Bucal en Gestantes, Hospital de la Mujer, Villahermosa, Tabasco 2007.

Autores: Juan Antonio Córdova Hernández y Rosa María Bulnes López

Resumen: Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento sobre prevención de salud bucal en gestantes, Hospital de la mujer, Villahermosa, Tabasco 2007. Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo, de corte transversal, en 100 gestantes mayores de 18 años, que acudieron al servicio de control prenatal en el Hospital de la Mujer (2007). Se aplicó un cuestionario de 15 preguntas de opción múltiple para medir edad, escolaridad, conocimiento sobre prevención en salud bucal, conocimiento sobre principales enfermedades bucales, gestación y atención odontológica. Resultados: El rango de 18 a 20 años fue el más frecuente ($X = 24$ años, $DS = 5$), la escolaridad más frecuente fue la secundaria completa en un 24%; 66% de las gestantes presentaron nivel de conocimiento medio sobre prevención bucal; en el conocimiento de las principales enfermedades bucales, 49% obtuvo nivel medio y 39% nivel bajo; finalmente, sobre gestación y atención

odontológica predominó nivel medio con 59%. Conclusiones: Aunque el nivel de conocimiento predominante fue el medio, es insuficiente, si se consideran las consecuencias que el desconocimiento sobre enfermedades bucales puede producir a la gestante y su producto. Se necesita realizar una mayor labor educativo preventiva en pacientes gestantes de este centro hospitalario; la mayoría posee conocimientos empíricos sobre prevención bucal.

4. HIPÓTESIS

Dado que, el nivel de conocimiento sobre salud oral varía en las gestantes en consideración a diferentes factores:

Es probable que, en gestantes del C.S “Leoncio Prado” del distrito de Tacna y del C.S “San Francisco” del distrito de Gregorio Albarracín de la ciudad de Tacna, el nivel de conocimiento en atención primaria bucodental en gestantes sea diferente.



CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

II.- PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnica

1.1.1. Especificación de la técnica

Se empleó la técnica de CUESTIONARIO para recoger información de la variable “nivel de conocimiento en la atención primaria bucodental”.

1.1.2. Cuadro de coherencias

VARIABLE	TÉCNICA
Nivel de conocimiento en atención primaria bucodental	Cuestionario

1.1.3. Descripción de la técnica

Una vez conformados los grupos en base a la denominación del CLAS, el cuestionario consistió en preguntar a las gestantes de ambos CLAS, aspectos inherentes a los 7 indicadores propuestos por el MINSA que configuran la atención estomatológica preventiva brindada por éste, y que ha servido de base para medir la variable de interés del presente estudio: nivel de conocimiento en atención primaria bucodental. Dichos indicadores son: examen estomatológico, asesoría nutricional, instrucción e higiene oral, aplicación de sellantes, aplicación de flúor en barniz, aplicación de flúor en gel y profilaxis dental.

1.2. Instrumentos

1.2.1. Instrumento Documental

a. Especificación del Instrumento

Se utilizó un instrumento de tipo estructurado, denominado FORMULARIO DE PREGUNTAS, confeccionado en base a los 7 indicadores en que ha sido desagregada la variable de interés.

b. Estructura del instrumento

VARIABLE	INDICADORES	EJES
Nivel de Conocimiento en Atención Primaria Bucodental	Examen estomatológico	1
	Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales	2
	Instrucción en higiene oral	3
	Aplicación de sellantes	4
	Aplicación de flúor barniz	5
	Aplicación de flúor gel	6
	Profilaxis dental	7

c. Modelo del instrumento

El prototipo del instrumento figura en anexos de la Tesis.

El formulario consta de 2 partes: (Ver Anexo)

- **Primera parte:** Datos generales: edad, grado de instrucción y trimestre de gestación
- **Segunda parte:** Cuestionario de 12 preguntas que engloban la atención estomatológica básica brindada por el MINSA (Examen estomatológico, Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales, Instrucción en

higiene oral, Aplicación de sellantes, Aplicación de flúor
barniz, Aplicación de flúor gel, Profilaxis dental)

1.2.2. Mecánicos

Computadora

1.2.3. Materiales

Utilería de Escritorio

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial

La investigación se realizó en el CLAS C.S "Leoncio Prado" del distrito de Tachna y en el CLAS C.S "San Francisco" del distrito de Gregorio Albarracín de la ciudad de Tachna

2.2. Ubicación Temporal

La investigación se realizó durante los meses de enero y febrero del año 2017.

2.3. Unidades de Estudio

2.3.1. Unidades de análisis

Gestantes

2.3.2. Alternativa

Grupos

2.3.3. Identificación de los grupos

Se conformaron dos grupos de estudio:

- **Grupo A:** Conformado por gestantes del CLAS C.S. Leoncio Prado.
- **Grupo B:** Conformado por gestantes del CLAS C.S. San Francisco.

2.3.4. Control o igualación de los grupos

a. Criterios de inclusión

- Gestantes que desearon participar en el estudio durante el proceso de recolección.
- En cualquier trimestre de embarazo.
- Gestantes que acudieron a los CLAS respectivos durante el mes de enero y febrero.

b. Criterios de exclusión

- Mujeres no gestantes.
- Gestantes que acudieron a los CLAS, en otros meses.

c. Criterios de eliminación

- Deseo de no participar en el estudio.
- Deserción.
- Condición incapacitante.

2.3.5. Asignación

Los grupos fueron conformados de modo no aleatorio.

2.3.6. Tamaño de los grupos

$$n = \frac{\left[Z_{\alpha} \sqrt{2P(1-P)} + Z_{\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right]^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Datos:

- Z_{α} : 1.96 cuando el error α es 0.05.
- Z_{β} : 0.842 cuando el error β es 0.20
- P_2 : (proporción esperada para el grupo B): 0.60 (valor tomado de antecedentes investigativos)
- $P_1 - P_2$: (diferencia esperada) = 0.30 (tomado de antecedentes investigativos)
- P_1 : (proporción esperada para el grupo A):

$$P_1: P_2 + (P_1 - P_2) = 0.60 + 0.30 = 0.90$$

$$P = \frac{P_1 + P_2}{2} = \frac{0.90 + 0.60}{2} = 0.75$$

Reemplazando:

$$n = \frac{\left[1.96 \sqrt{2(0.75)(1-0.75)} + 0.842 \sqrt{0.90(1-0.90) + 0.60(1-0.60)} \right]^2}{(0.30)^2}$$

$$n = 31 \text{ gestantes por grupo}$$

2.3.7. Formalización de los sectores

Grupo	Nº
CLAS Leoncio Prado	31
CLAS San Francisco	31

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- a. Solicitud para aplicar cuestionarios a las gestantes, dirigida a la Directora del CLAS C.S “Leoncio Prado” del distrito Tacna y a la Directora del CLAS C.S. “San Francisco” del Distrito Gregorio Albarracín de la ciudad de Tacna.
- b. Coordinación con el personal de los consultorios de Obstetricia del Centro de Salud.
- c. Validación del instrumento
- d. Aplicación de cuestionarios a gestantes.

3.2. Recursos

3.2.1. Recursos Humanos

- a. **Investigadora:** Fabiana Micaela Sotelo Fierro - Medina
- b. **Asesor :** Dr. Christian Rojas Valenzuela

3.2.2. Recursos Físicos

Ambiente particular de trabajo personal.

3.2.3. Recursos Económicos

El trabajo fue autofinanciado por la autora.

3.2.4. Recursos Institucionales

CLAS C.S. Leoncio Prado del distrito Tacna y CLAS C.S. San Francisco del distrito de Gregorio Albarracín de la ciudad de Tacna.

3.3. Validación del instrumento

Por juicio de expertos.

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS

4.1. Plan de Procesamiento de los Datos

4.1.1. Tipo de procesamiento

Manual y Computarizado (Paquete SPSS, versión N° 21).

4.1.2. Operaciones del procesamiento

a. Clasificación:

La información obtenida en los instrumentos fue ordenada en una MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN, que figura en anexos.

b. Codificación:

Se utilizaron los códigos:

0 = No

1 = Si

c. Conteo:

Se utilizaron MATRICES DE RECUENTO.

d. Tabulación:

Se confeccionaron tablas de doble entrada.

e. Graficación

Se utilizaron gráficas de barras dobles.

4.2. Plan de Análisis de Datos

VARIABLE INVESTIGATIVA	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA	PRUEBA
Nivel de conocimiento sobre atención primaria bucodental	Catórica	Nominal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> Frecuencias absolutas Frecuencias porcentuales 	<ul style="list-style-type: none"> χ^2 comparativo





CAPÍTULO III

RESULTADOS

TABLA Nº 1
DISTRIBUCIÓN DE LAS EDADES DE LAS GESTANTES, SEGÚN CLAS

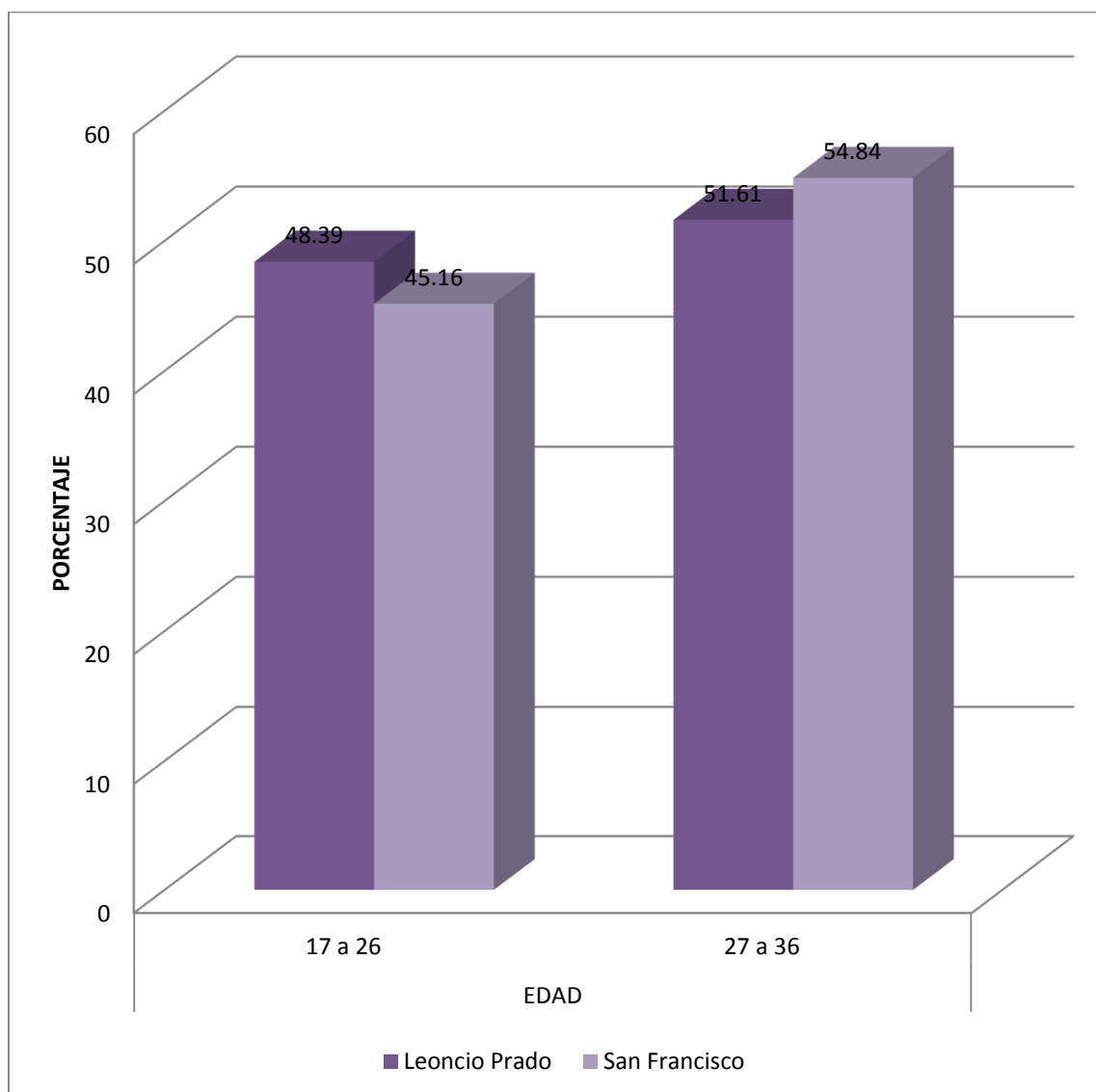
CLAS	EDAD				TOTAL	
	17 a 26		27 a 36			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Leoncio Prado	15	48,39	16	51,61	31	100,00
San Francisco	14	45,16	17	54,84	31	100,00

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

Numéricamente, en ambos CLAS, Leoncio Prado y San Francisco, predominaron las gestantes de 27 a 36 años, con el 51.61% y el 54.84%, respectivamente. Sin embargo, dicha diferencia, no es estadísticamente significativa.



GRÁFICO Nº 1
DISTRIBUCIÓN DE LAS EDADES DE LAS GESTANTES, SEGÚN CLAS



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

TABLA Nº 2
NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS GESTANTES, SEGÚN CLAS

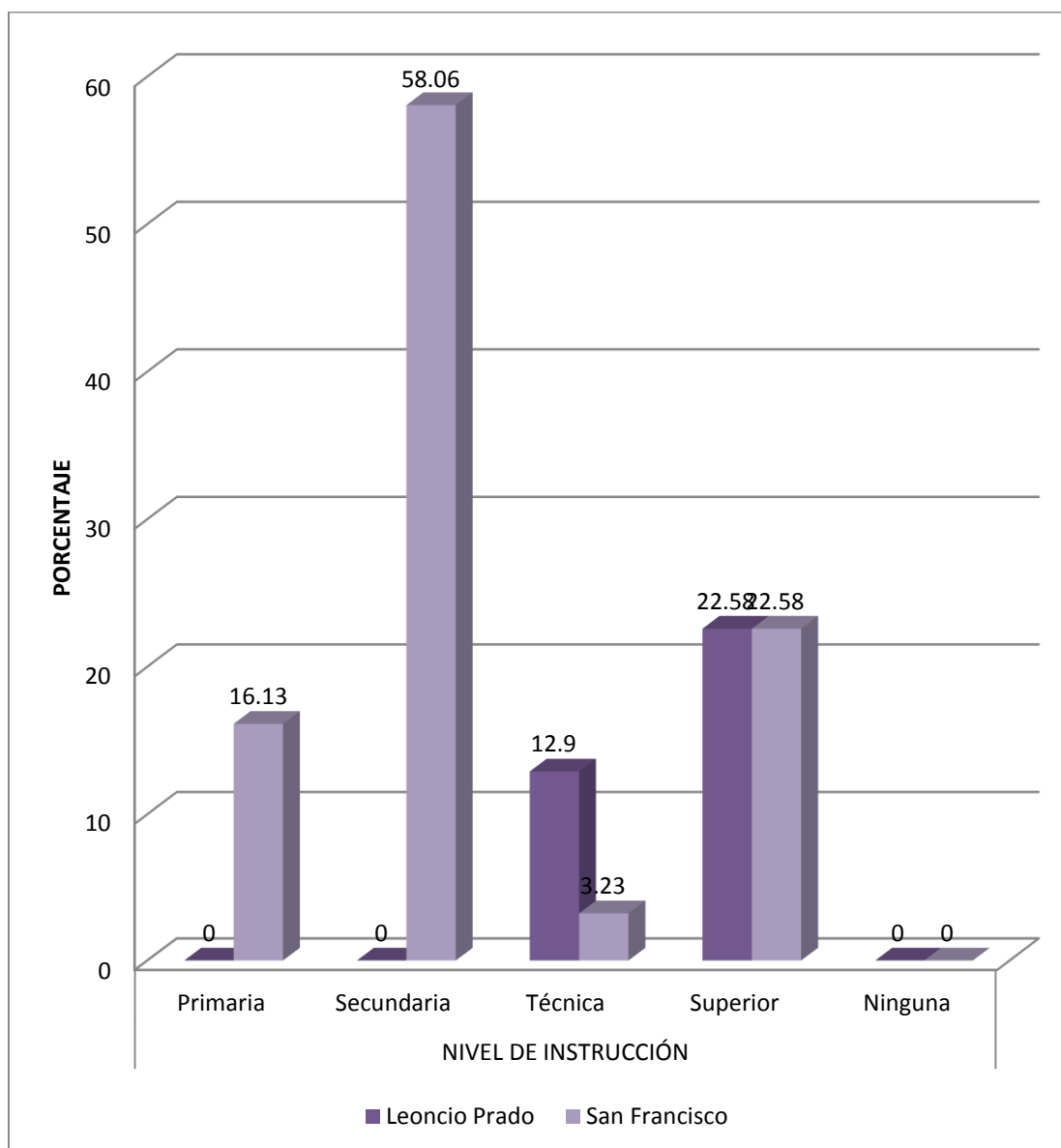
CLAS	NIVEL DE INSTRUCCIÓN										TOTAL	
	Primaria		Secundaria		Técnica		Superior		Ninguna			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Leoncio Prado			20	64.52	4	12,90	7	22,58			31	100,00
San Francisco	5	16,13	18	58,06	1	3,23	7	22,58			31	100,00

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

Las gestantes de ambos CLAS (Leoncio Prado y San Francisco) tienen en su mayoría instrucción secundaria, con el 64.52% y el 58.06%, respectivamente. La minoría posee instrucción técnica con el 12.90% y el 3.23%.



GRÁFICO Nº 2
NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS GESTANTES, SEGÚN CLAS



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

TABLA Nº 3
TRIMESTRE DE EMBARAZO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN LOS
CLAS LEONCIO PRADO Y SAN FRANCISCO

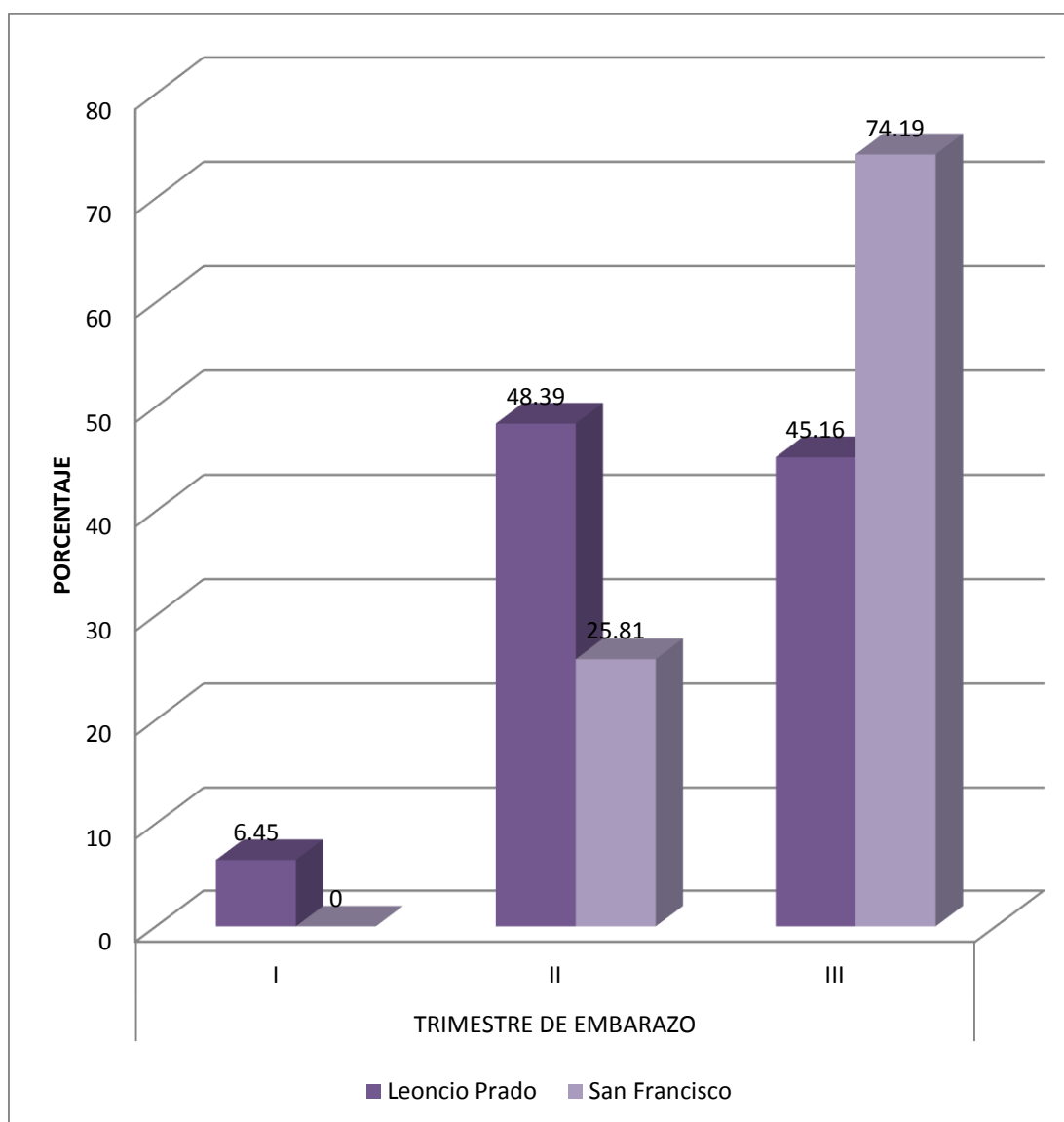
CLAS	TRIMESTRE DE EMBARAZO						TOTAL	
	I		II		III			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Leoncio Prado	2	6,45	15	48,39	14	45,16	31	100,00
San Francisco			8	25,81	13	74,19	31	100,00

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

Las gestantes del CLAS Leoncio Prado mayormente se encontraban en el segundo trimestre de embarazo, con el 48.39%, y con menor frecuencia en el primero, con el 6.45%.

Las gestantes del CLAS San Francisco se encontraron mayormente en el tercer semestre de embarazo, con el 74.19%, y la minoría, se encontraron en el segundo, con el 25.81%.

GRÁFICO Nº 3
TRIMESTRE DE EMBARAZO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN LOS
CLAS LEONCIO PRADO Y SAN FRANCISCO



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

TABLA Nº 4
DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES QUE RECIBIERON EXAMEN
ESTOMATOLÓGICO, SEGÚN CLAS

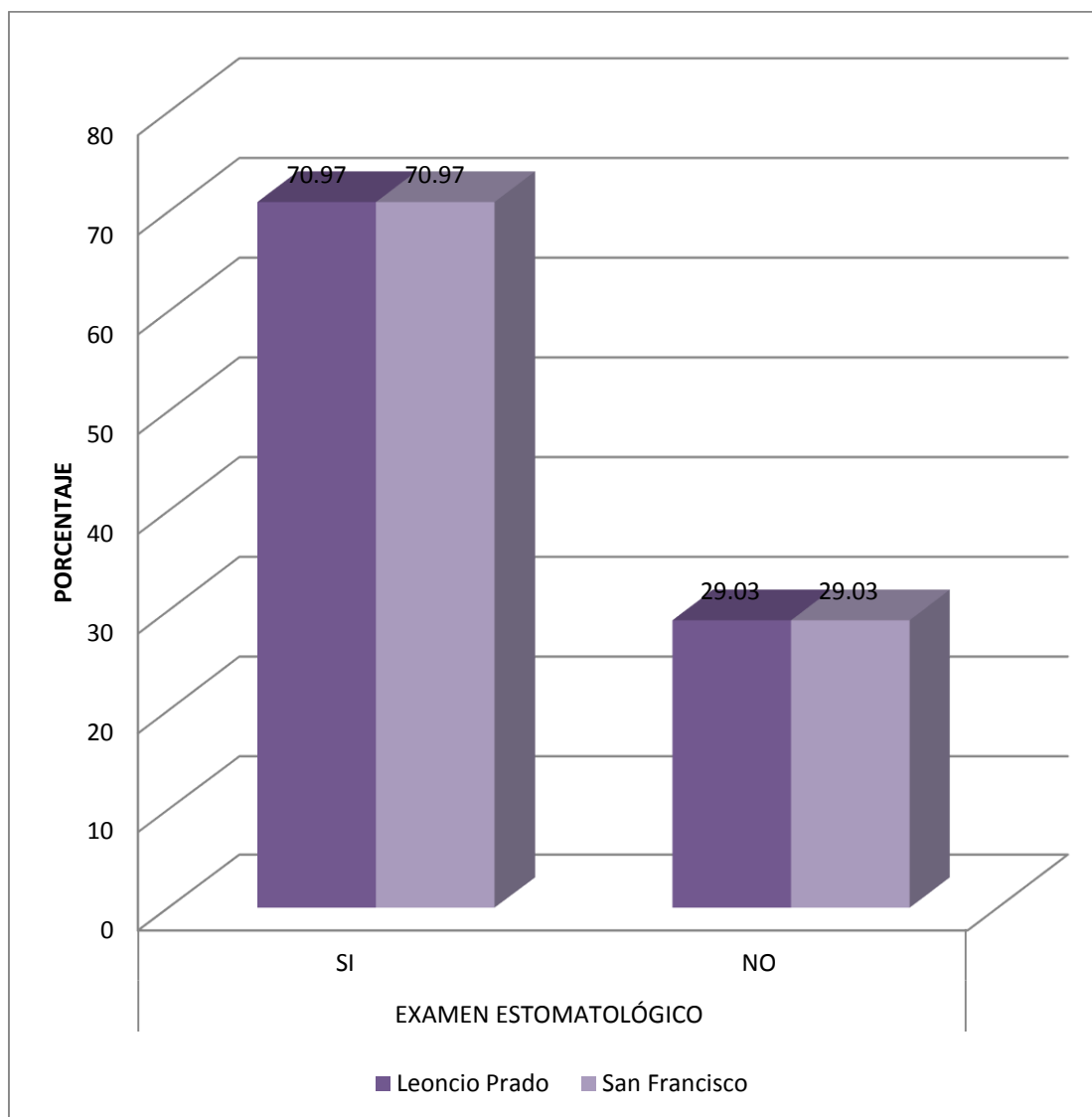
CLAS	EXAMEN ESTOMATOLÓGICO				TOTAL	
	SI		NO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Leoncio Prado	22	70,97	9	29,03	31	100,00
San Francisco	22	70,97	9	29,03	31	100,00

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

La mayoría de gestantes de los CLAS de Leoncio Prado y San Francisco han recibido examen estomatológico, con el 70.97%, de modo coincidente, sugiriendo con ello que ambos grupos de gestantes conocen su diagnóstico bucodental.



GRÁFICO N° 4
DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES QUE RECIBIERON EXAMEN
ESTOMATOLÓGICO, SEGÚN CLAS



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

TABLA Nº 5
DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES QUE RECIBIERON ASESORÍA
NUTRICIONAL, SEGÚN CLAS

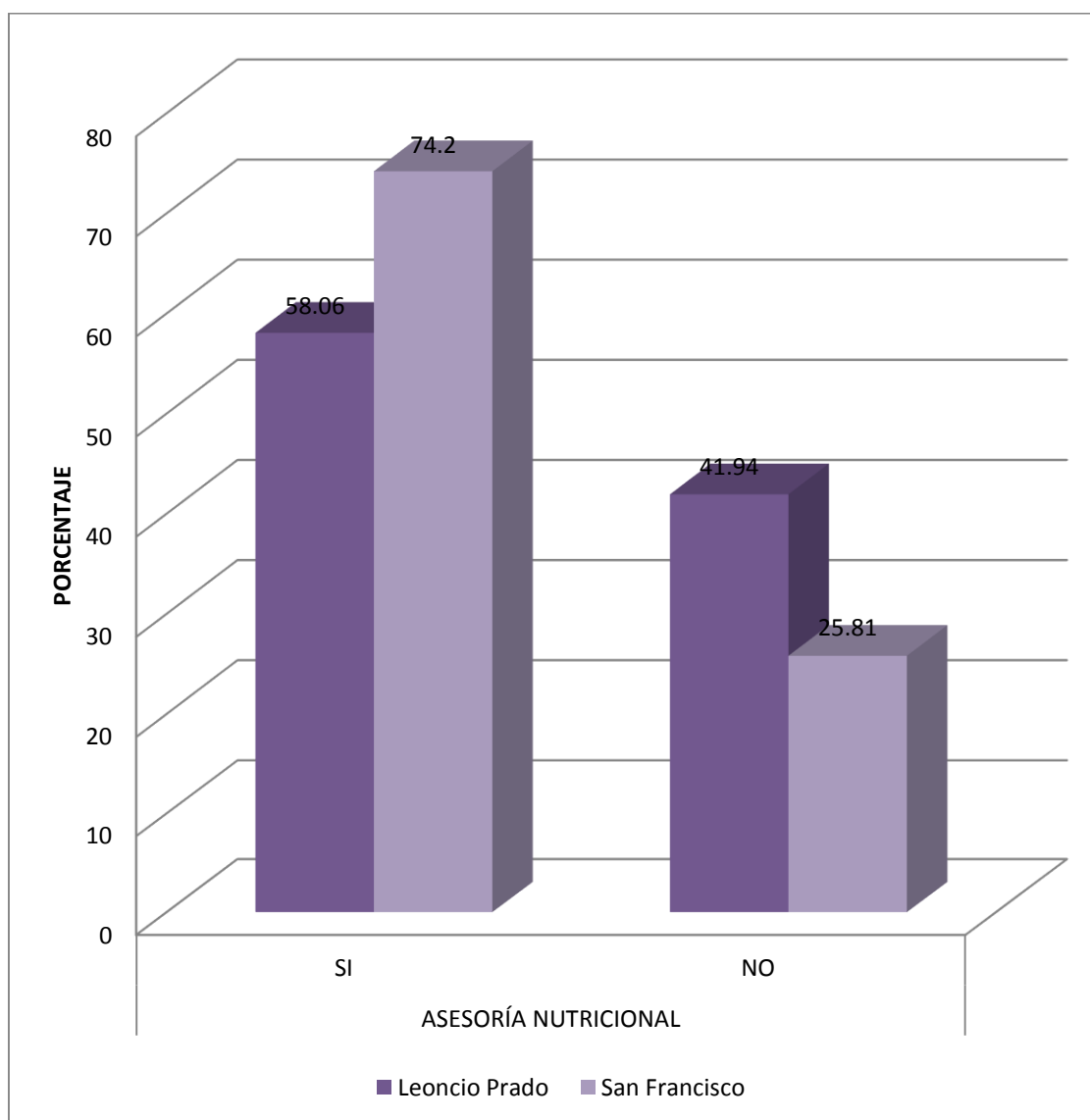
CLAS	ASESORÍA NUTRICIONAL				TOTAL	
	SI		NO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Leoncio Prado	18	58,06	13	41,94	31	100,00
San Francisco	23	74,20	8	25,81	31	100,00

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

La mayoría de gestantes del CLAS Leoncio Prado y San Francisco recibieron asesoría nutricional, con el 58.06% y el 74.20%, respetivamente, observándose una diferencia numérica de 5 gestantes.



GRÁFICO Nº 5
DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES QUE RECIBIERON ASESORÍA
NUTRICIONAL, SEGÚN CLAS



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

TABLA Nº 6
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTOS CARIOGÉNICOS EN
GESTANTES DE LOS CLAS LEONCIO PRADO Y SAN FRANCISCO

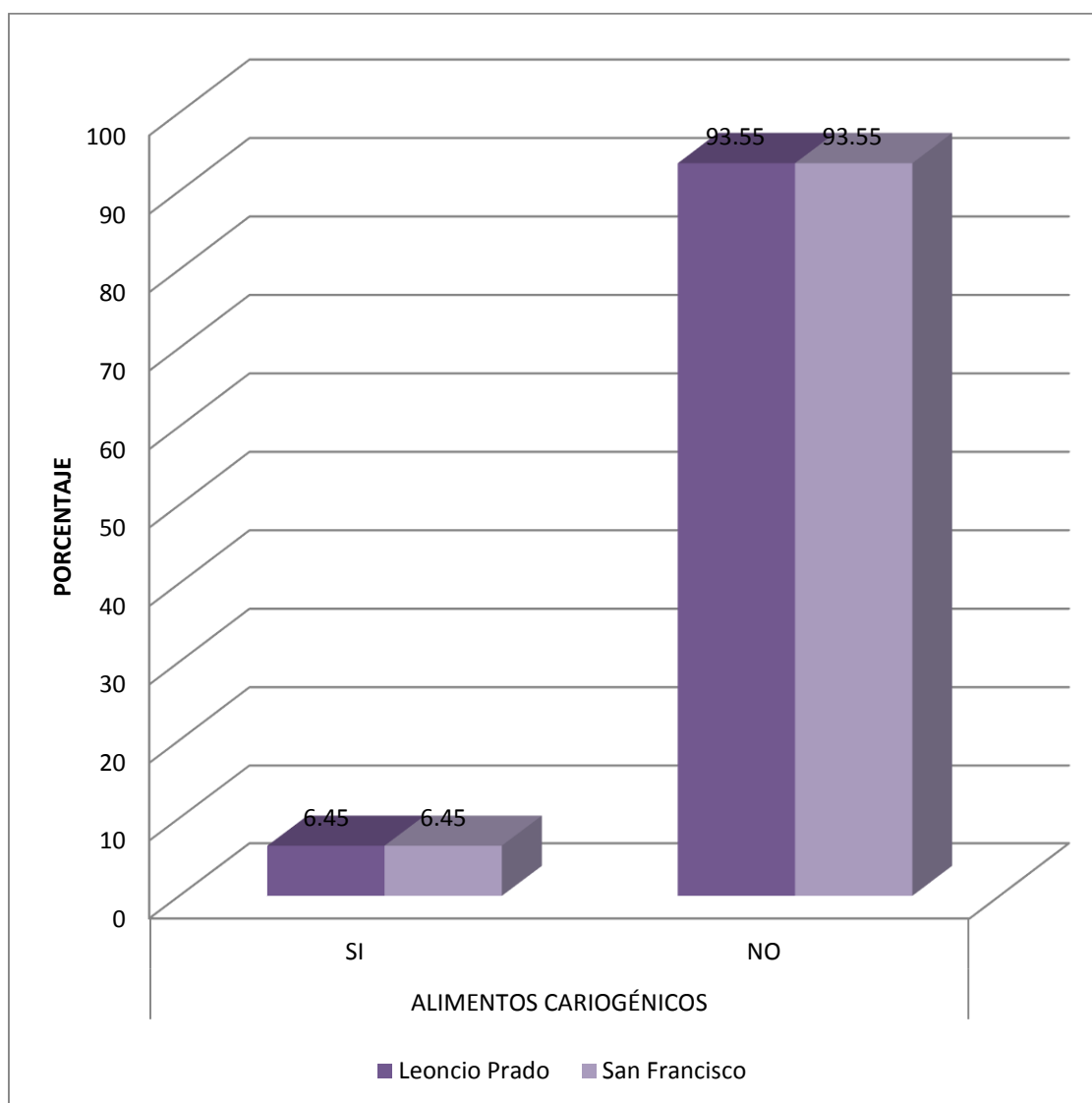
CLAS	ALIMENTOS CARIOGÉNICOS				TOTAL	
	SI		NO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Leoncio Prado	2	6,45	29	93,55	31	100,00
San Francisco	2	6,45	29	93,55	31	100,00

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

La mayoría de gestantes de ambos CLAS, de modo igualitario, no tienen conocimiento sobre alimentos cariogénicos, con el 93.55%, observándose tan sólo un 6.45%, que, si lo posee en algún grado, en ambos CLAS.



GRÁFICO N° 6
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTOS CARIOGÉNICOS EN
GESTANTES DE LOS CLAS LEONCIO PRADO Y SAN FRANCISCO



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

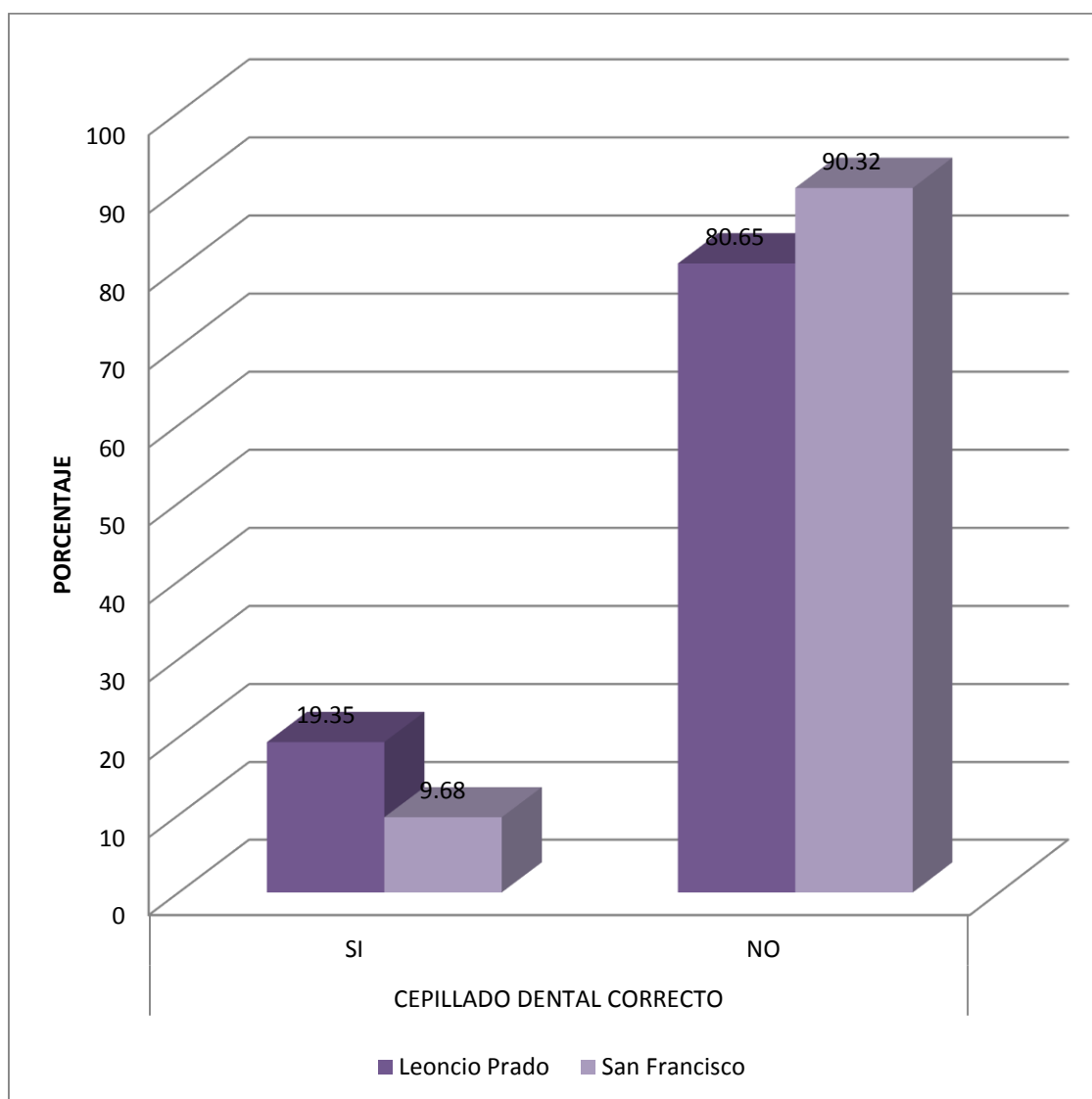
TABLA Nº 7
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CEPILLADO DENTAL CORRECTO EN
GESTANTES DE LOS CLAS LEONCIO PRADO Y SAN FRANCISCO

CLAS	CEPILLADO DENTAL CORRECTO				TOTAL	
	SI		NO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Leoncio Prado	6	19,35	25	80,65	31	100,00
San Francisco	3	9,68	28	90,32	31	100,00

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

Asimismo, la mayoría de gestantes de ambos CLAS Leoncio Prado y San Francisco, no conoce realmente la técnica de un cepillado dental correcto, con el 80.65% y 90.32%, respectivamente.

GRÁFICO N° 7
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CEPILLADO DENTAL CORRECTO EN
GESTANTES DE LOS CLAS LEONCIO PRADO Y SAN FRANCISCO



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

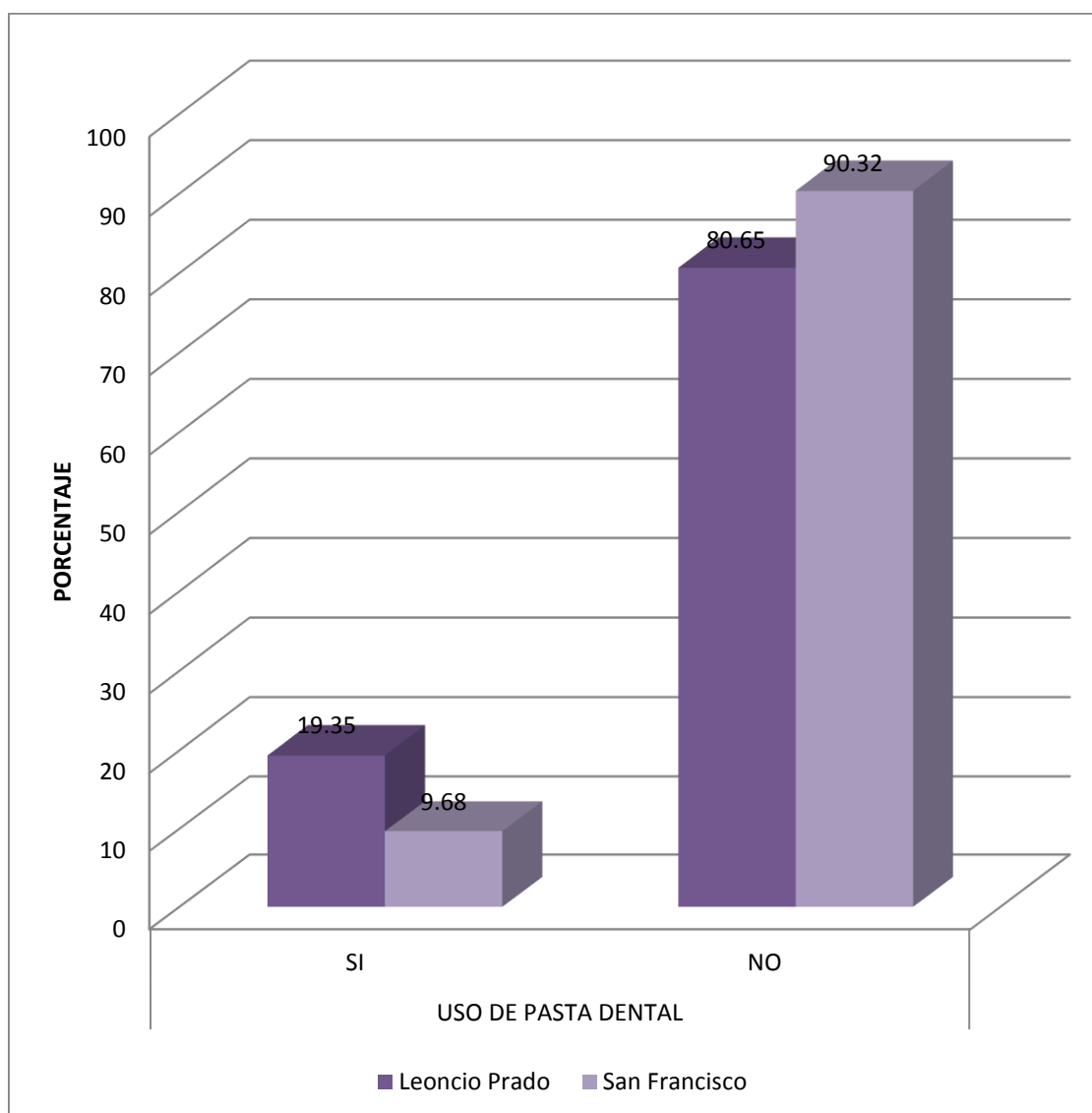
TABLA Nº 8
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL USO DE PASTA DENTAL EN
GESTANTES DE LOS CLAS LEONCIO PRADO Y SAN FRANCISCO

CLAS	USO DE PASTA DENTAL				TOTAL	
	SI		NO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Leoncio Prado	6	19,35	25	80,65	31	100,00
San Francisco	3	9,68	28	90,32	31	100,00

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

La mayoría de gestantes de ambos CLAS, Leoncio Prado y San Francisco, relevaron no saber usar la pasta dental, con el 80.65% y 90.32%, respectivamente.

GRÁFICO N° 8
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL USO DE PASTA DENTAL EN
GESTANTES DE LOS CLAS LEONCIO PRADO Y SAN FRANCISCO



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

TABLA Nº 9
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL USO DEL HILO DENTAL EN
GESTANTES DE LOS CLAS LEONCIO PRADO Y SAN FRANCISCO

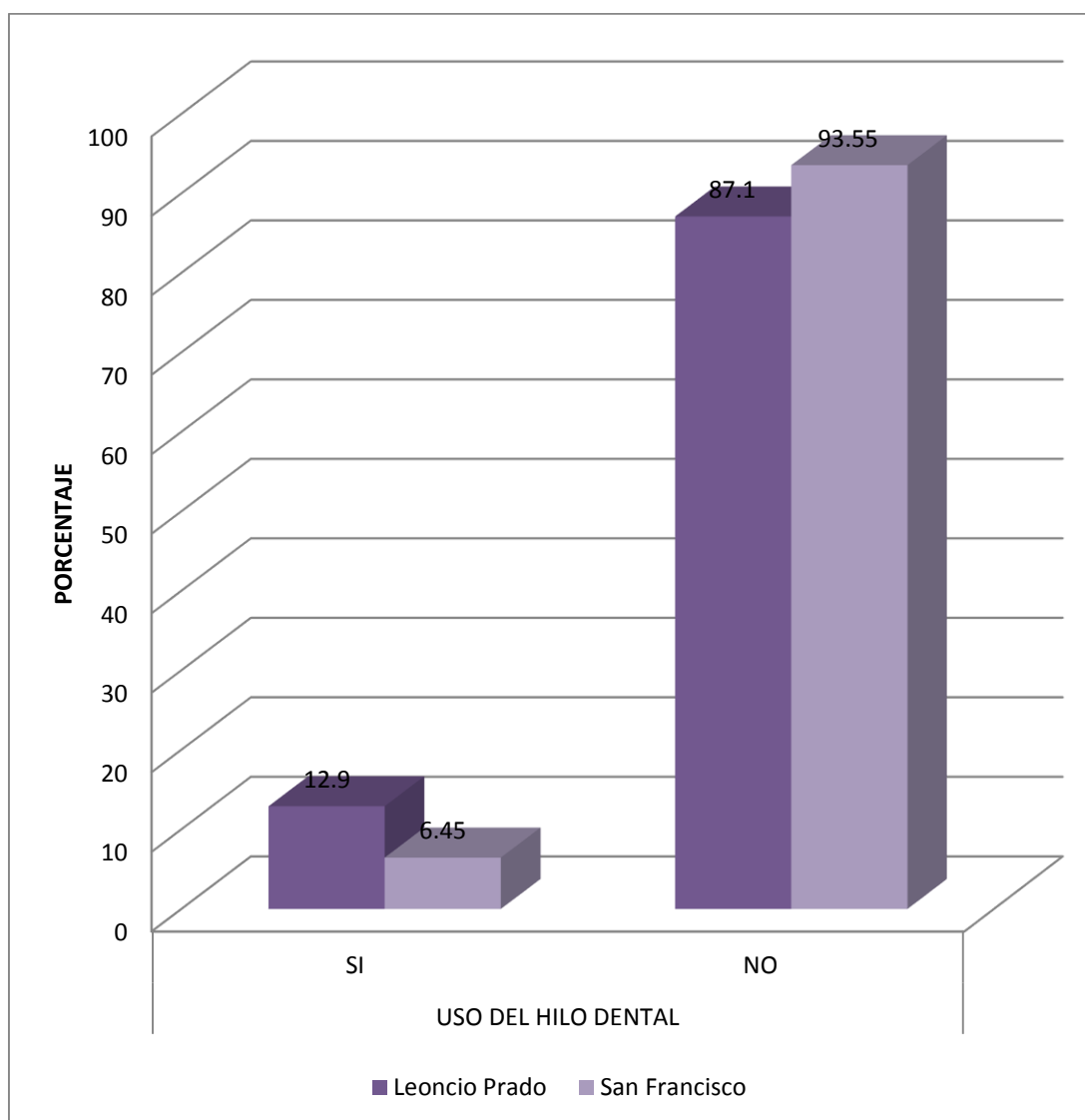
CLAS	USO DEL HILO DENTAL				TOTAL	
	SI		NO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Leoncio Prado	4	12,90	27	87,10	31	100,00
San Francisco	2	6,45	29	93,55	31	100,00

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

La mayoría de gestantes de ambos CLAS, Leoncio Prado y San Francisco, relevaron no saber usar el hilo dental con el 87.10% y 93.55%, respectivamente. Una minoría reveló saber usar dicho aditamento, con el 12.90% y 6.45%.

Numéricamente, las gestantes de Leoncio Prado, dentro su minoría, manifestaron saber usar el hilo dental en una mayor proporción que las gestantes de San Francisco.

GRÁFICO N° 9
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL USO DEL HILO DENTAL EN
GESTANTES DE LOS CLAS LEONCIO PRADO Y SAN FRANCISCO



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

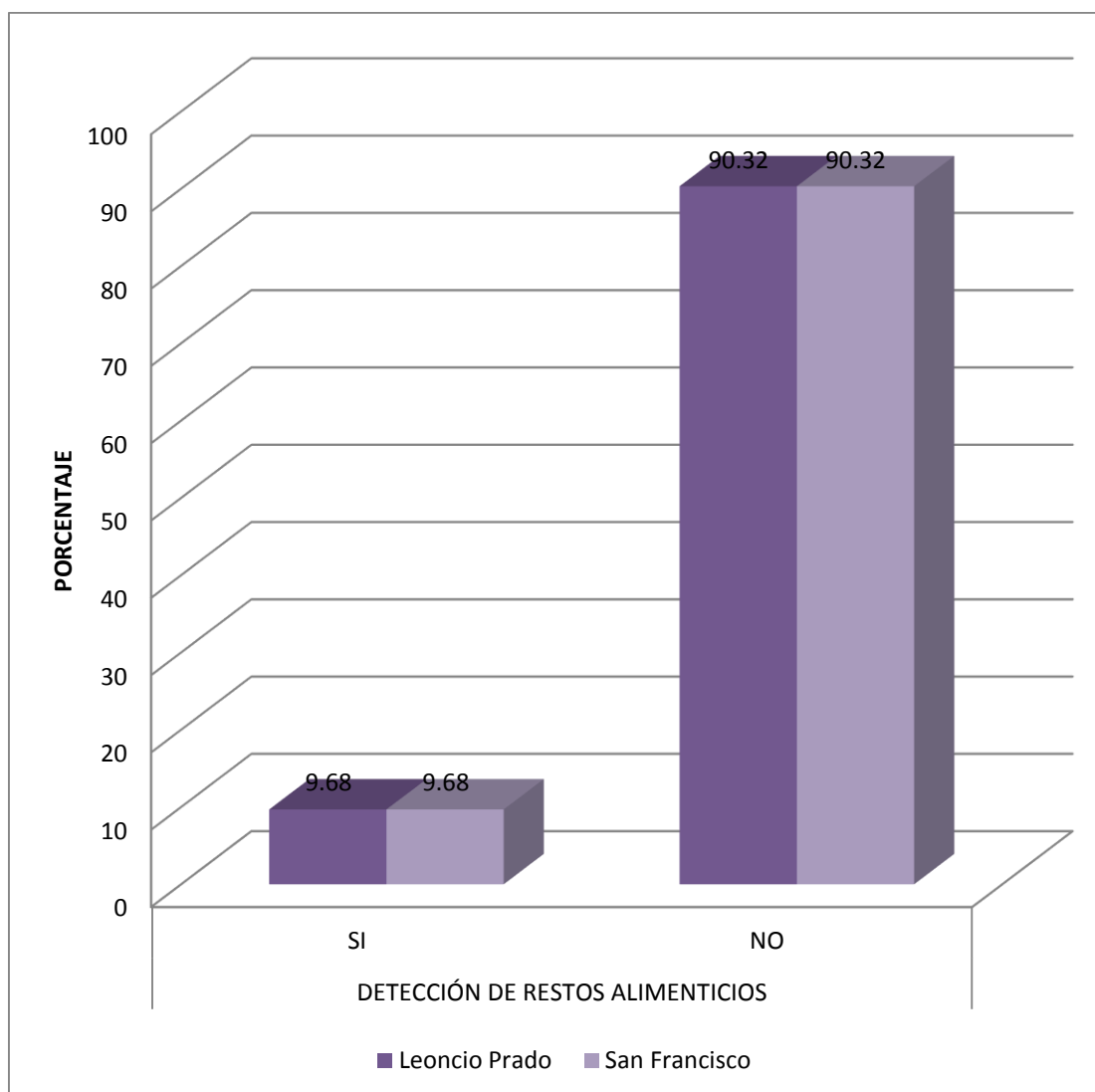
TABLA Nº 10
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DETECCIÓN DE RESTOS
ALIMENTICIOS EN GESTANTES DE LOS CLAS LEONCIO PRADO
Y SAN FRANCISCO

CLAS	DETECCIÓN DE RESTOS ALIMENTICIOS				TOTAL	
	SI		NO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Leoncio Prado	3	9,68	28	90,32	31	100,00
San Francisco	3	9,68	28	90,32	31	100,00

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

La mayoría de gestantes de ambos CLAS, Leoncio Prado y San Francisco, refirieron no saber detectar restos alimenticios en las superficies dentarias, con el 90.32%; sin embargo, sólo el 9.68% manifestaron saber detectarlos.

GRÁFICO Nº 10
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DETECCIÓN DE RESTOS
ALIMENTICIOS EN GESTANTES DE LOS CLAS LEONCIO PRADO
Y SAN FRANCISCO



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

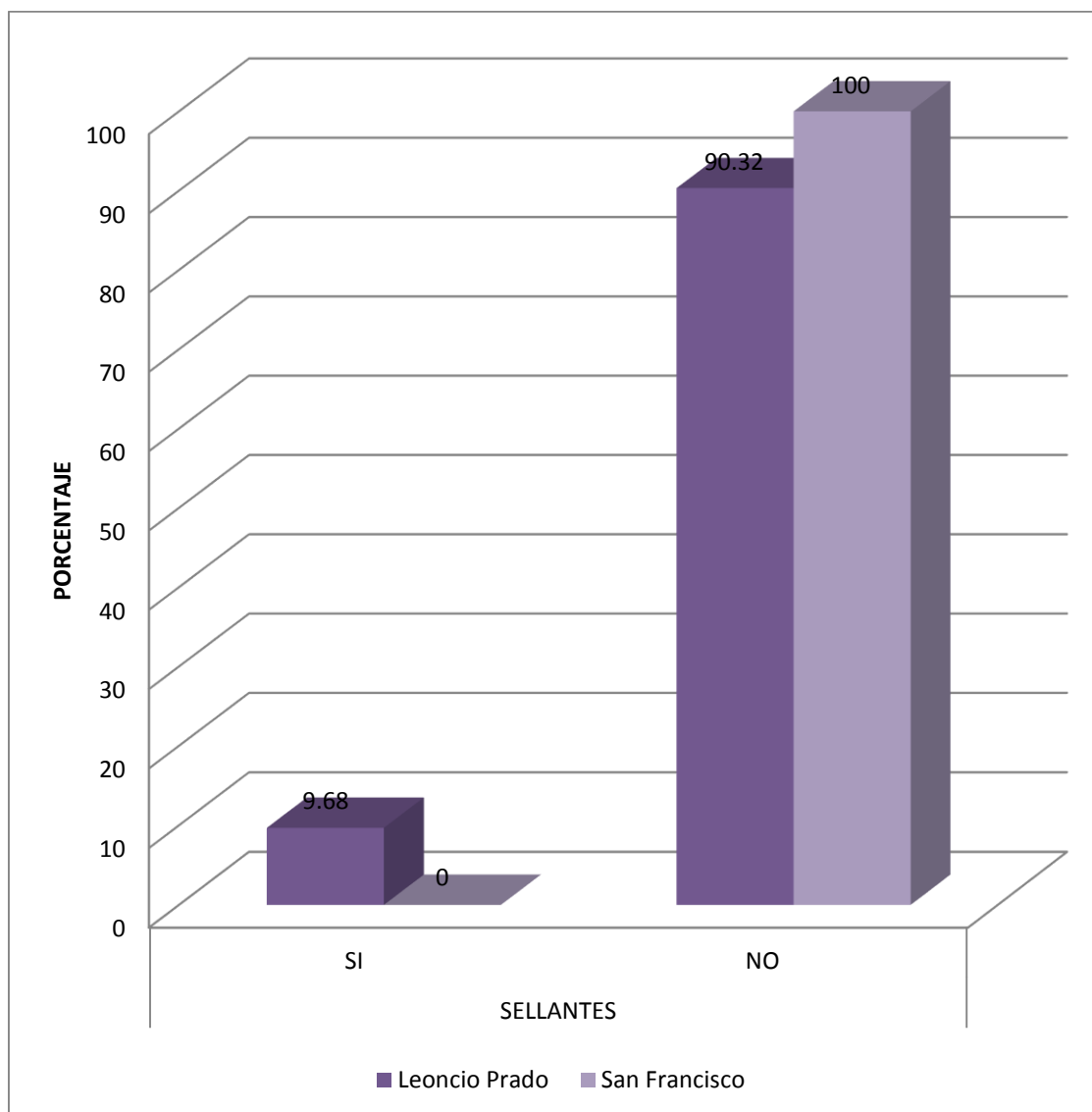
TABLA Nº 11
DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES QUE RECIBIERON SELLANTES EN LOS
CLAS DE LEONCIO PRADO Y SAN FRANCISCO

CLAS	SELLANTES				TOTAL	
	SI		NO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Leoncio Prado	3	9,68	28	90,32	31	100,00
San Francisco			31	100,00	31	100,00

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

La mayoría de gestantes de ambos CLAS, Leoncio Prado y San Francisco, refirieron no haber recibido sellantes, con el 90.32% y 100%, respectivamente.

GRÁFICO N° 11
DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES QUE RECIBIERON SELLANTES EN LOS
CLAS DE LEONCIO PRADO Y SAN FRANCISCO



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

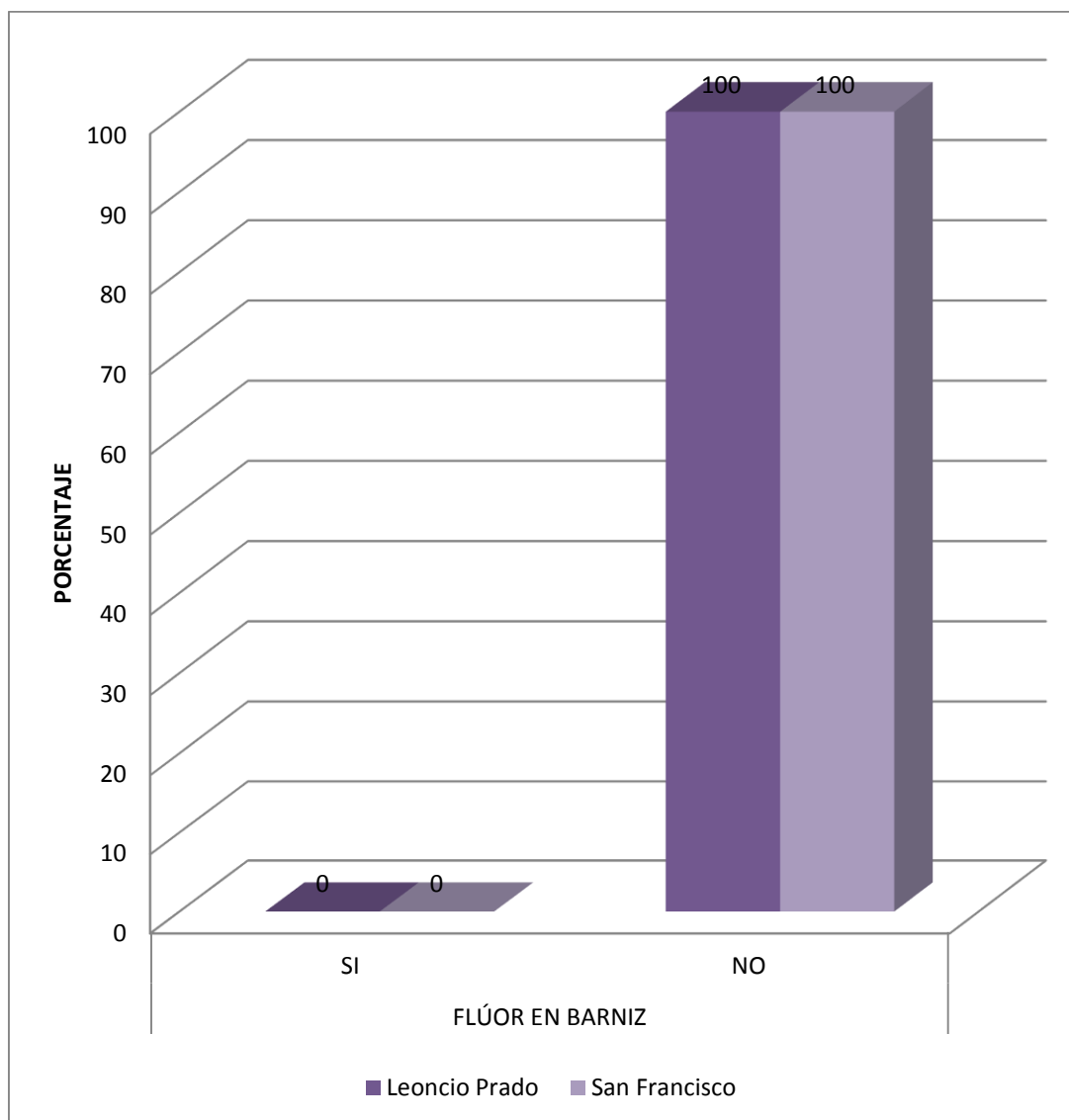
TABLA Nº 12
DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES QUE RECIBIERON FLÚOR EN BARNIZ,
EN LOS CLAS LEONCIO PRADO Y SAN FRANCISCO

CLAS	FLÚOR EN BARNIZ				TOTAL	
	SI		NO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Leoncio Prado			31	100,00	31	100,00
San Francisco			31	100,00	31	100,00

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

Todas las gestantes de los CLAS de Leoncio Prado y San Francisco refirieron no haber recibido flúor en barniz.

GRÁFICO N° 12
DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES QUE RECIBIERON FLÚOR EN BARNIZ,
EN LOS CLAS LEONCIO PRADO Y SAN FRANCISCO



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

TABLA Nº 13
DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES QUE RECIBIERON FLÚOR EN GEL,
EN LOS CLAS LEONCIO PRADO Y SAN FRANCISCO

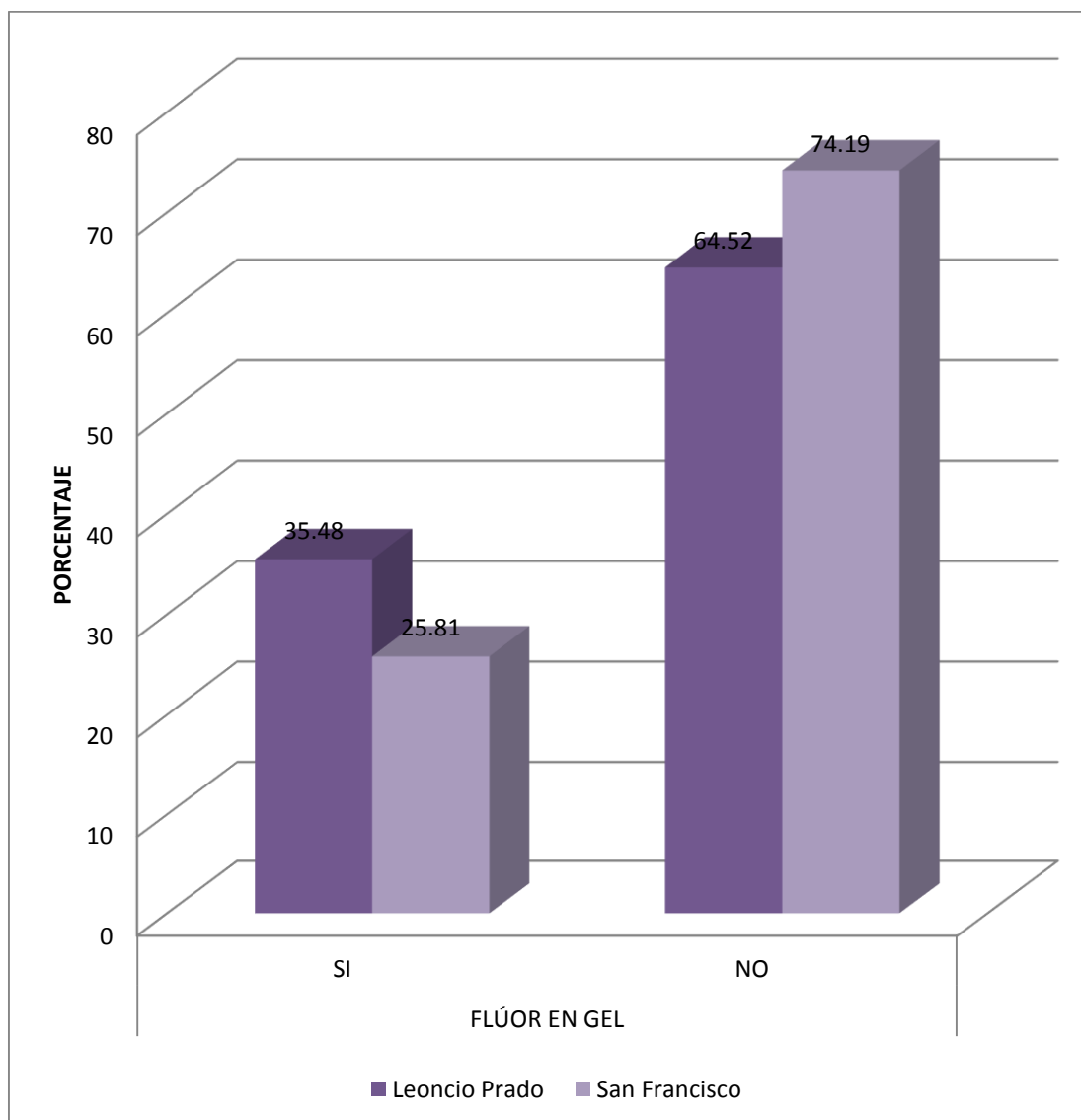
CLAS	FLÚOR EN GEL				TOTAL	
	SI		NO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Leoncio Prado	11	35,48	20	64,52	31	100,00
San Francisco	8	25,81	23	74,19	31	100,00

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

La mayoría de gestantes de los CLAS Leoncio Prado y San Francisco refirieron no haber recibido flúor en gel, con el 64.52% y el 74.19%.

Consecuentemente, dentro de la minoría gestantes que declararon haber recibido flúor en gel, el mayor porcentaje de gestantes correspondió al CLAS Leoncio Prado, con el 35.48%.

GRÁFICO N° 13
DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES QUE RECIBIERON FLÚOR EN GEL,
EN LOS CLAS LEONCIO PRADO Y SAN FRANCISCO



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

TABLA Nº 14
DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES QUE RECIBIERON PROFILAXIS,
EN LOS CLAS LEONCIO PRADO Y SAN FRANCISCO

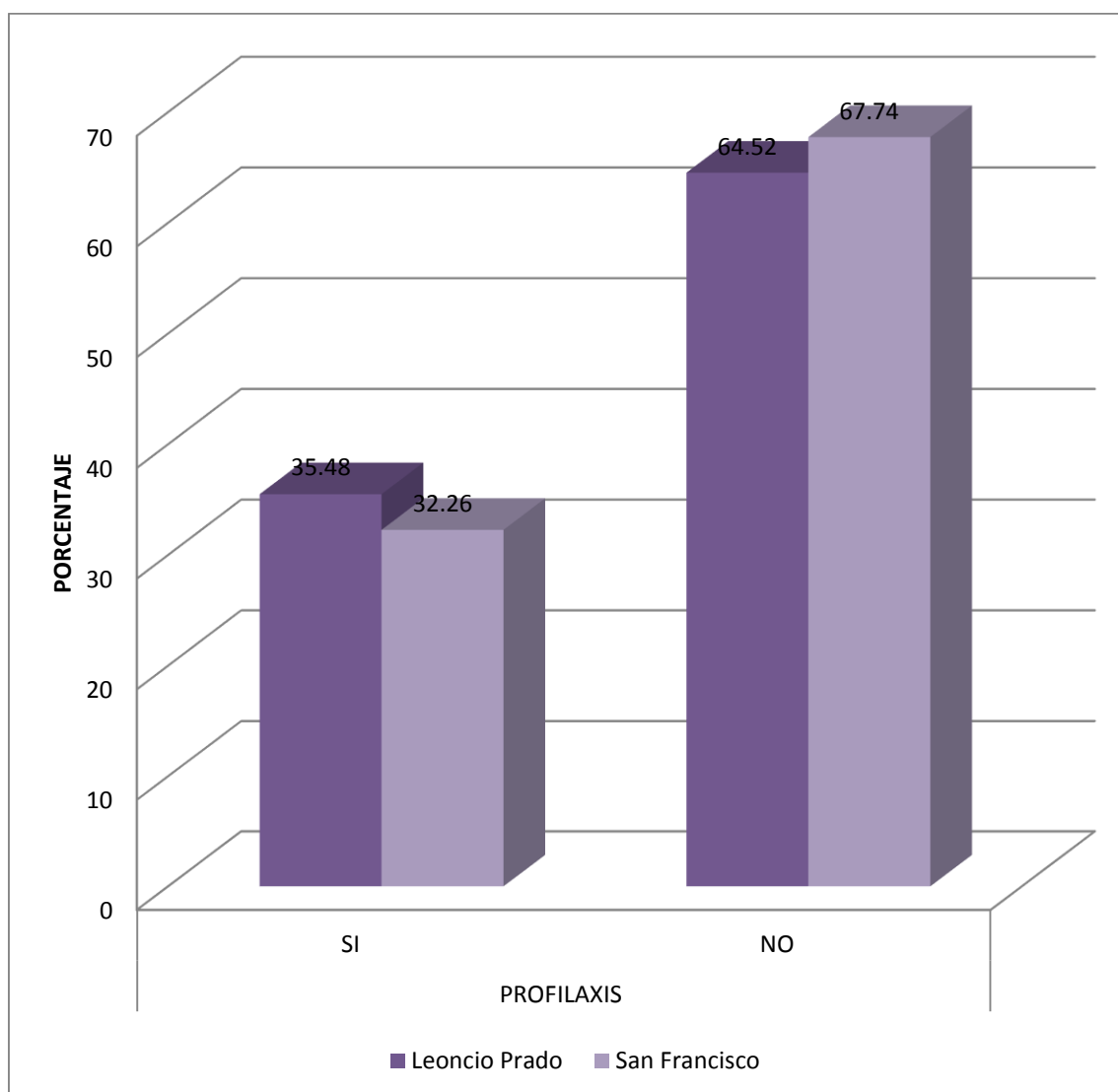
CLAS	PROFILAXIS				TOTAL	
	SI		NO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Leoncio Prado	11	35,48	20	64,52	31	100,00
San Francisco	10	32,26	21	67,74	31	100,00

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

La mayoría de gestantes de ambos CLAS Leoncio Prado y San Francisco manifestaron haber recibido profilaxis, con porcentajes respectivos, del 64.52% y 67.74%, respecto a los que refirieron no haberla recibido, con el 35.48% y el 32.26%, respectivamente.

Numérica y estadísticamente, no existe diferencias significativas en el nivel de recepción de profilaxis.

GRÁFICO N° 14
DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES QUE RECIBIERON PROFILAXIS,
EN LOS CLAS LEONCIO PRADO Y SAN FRANCISCO



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

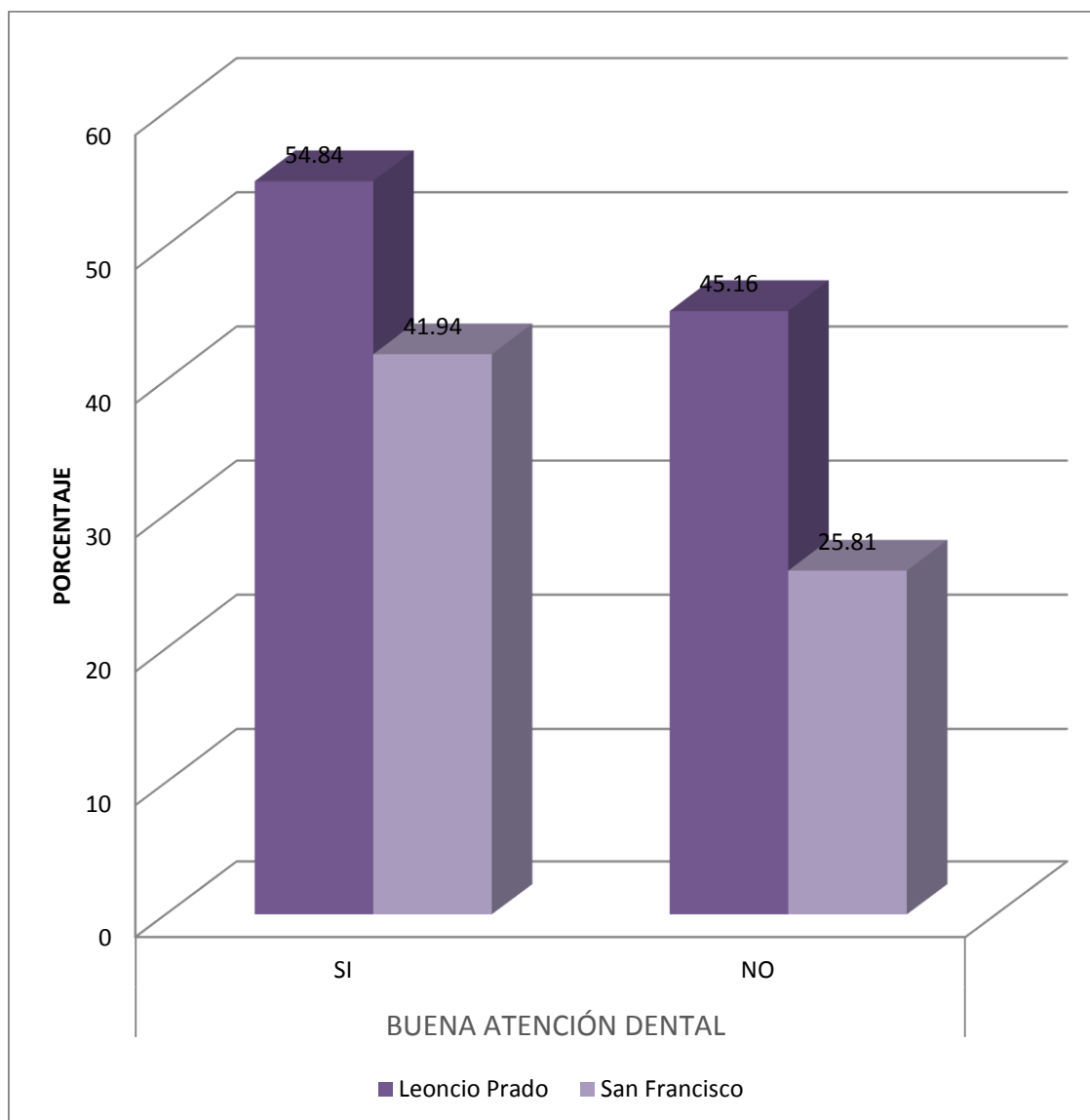
TABLA Nº 15
DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES QUE RECIBIERON BUENA ATENCIÓN
DENTAL EN LOS CLAS LEONCIO PRADO Y SAN FRANCISCO

CLAS	BUENA ATENCIÓN DENTAL				TOTAL	
	SI		NO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Leoncio Prado	17	54,84	14	45,16	31	100,00
San Francisco	13	41,94	8	25,81	31	100,00

Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

Las gestantes del CLAS Leoncio Prado declararon haber recibido con mayor frecuencia buena atención dental, que sus análogos de San Francisco, con porcentajes respectivos, del 54.84%, y de 41.94%.

GRÁFICO Nº 15
DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES QUE RECIBIERON BUENA ATENCIÓN
DENTAL EN LOS CLAS LEONCIO PRADO Y SAN FRANCISCO



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

TABLA Nº 16
NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA BUCODENTAL EN
GESTANTES DE LOS CLAS DE LEONCIO PRADO Y SAN FRANCISCO

CLAS	NIVEL DE CONOCIMIENTO										TOTAL	
	Excelente		Bueno		Regular		Insuficiente		Deficiente			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Leoncio Prado			1	3,23	3	9,68	3	9,68	24	77,42	31	100,00
San Francisco			1	3,23	2	6,45			28	90,32	31	100,00

X^2 : 3.50 < VC: 7.82

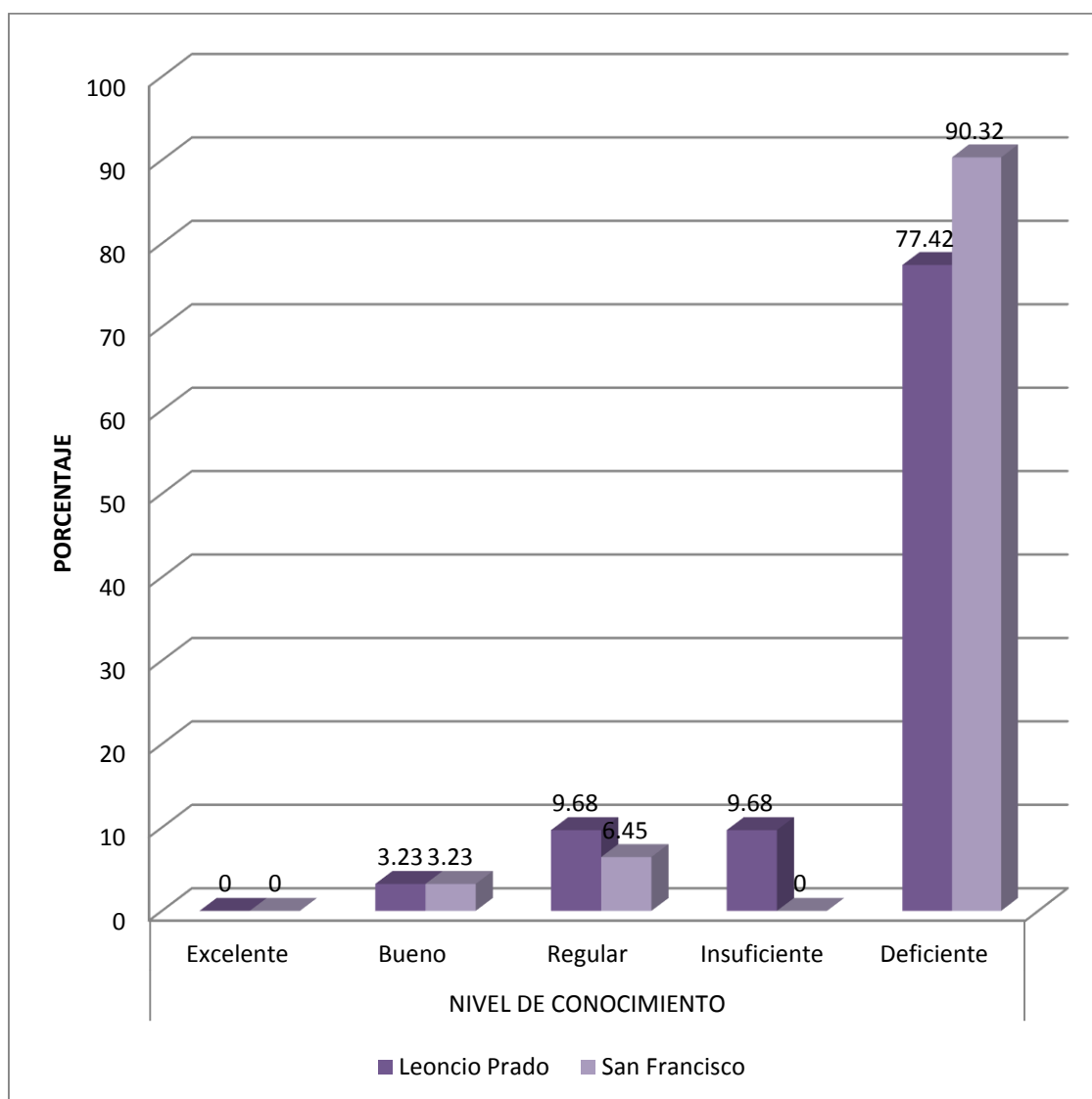
Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

En el CLAS Leoncio Prado, las gestantes tienen mayormente un conocimiento deficiente en atención primaria bucodental con el 77.42%, y menormente un conocimiento bueno, con el 3.23%.

En el CLAS San Francisco, la tenencia es similar: las gestantes tienen mayormente un conocimiento deficiente, con el 90.32%, y menormente un conocimiento bueno, con el 3.23%.

Según la prueba X^2 , no existe diferencia estadística significativa en el nivel de conocimiento sobre atención primaria bucodental en gestantes de los CLAS Leoncio Prado y San Francisco de la ciudad de Tacna.

GRÁFICO Nº 16
NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA BUCODENTAL EN
GESTANTES DE LOS CLAS DE LEONCIO PRADO Y SAN FRANCISCO



Fuente: Elaboración personal (Matriz de Sistematización)

DISCUSIÓN

En lo que respecta a la presente investigación, las gestantes de ambos CLAS, Leoncio Prado y San Francisco registraron mayormente un deficiente nivel de conocimiento en lo que a atención primaria bucodental se refiere, a juzgar por los porcentajes respectivos de 77.42% y 90.32% que mostraron dichos grupos para la condición cognitiva mencionada.

A pesar de la diferencia matemática, la prueba X^2 comparativa, ha demostrado que no existe diferencia estadísticamente significativa, debido al similar comportamiento numérico de las otras calificaciones que categorizaron el nivel de conocimiento sobre atención primaria bucodental.

Comparando con resultados de antecedentes investigativos, RODRÍGUEZ VARGAS (2002) encontró que el nivel de conocimiento más frecuente fue el regular con un 60% (45 gestantes). El promedio más bajo lo obtuvo la parte referida al desarrollo dental (04). Además, se pudo observar que en la mayoría de este grupo prevalecía el grado de instrucción secundaria, de igual manera la edad más frecuente fueron las gestantes menores de 20 años. No se encontraron diferencias significativas entre el nivel de conocimiento y la edad, trimestre de embarazo, visita al odontólogo. Se encontró una estrecha relación entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento.

SOTOMAYOR y cols. (2012) indicaron que el 84% no reporta atención odontológica. Solo el 14% tiene conocimientos sobre los elementos de higiene bucal, y menos del 50% tiene conocimiento sobre alimentación durante el embarazo y su efecto en los dientes del niño. El 64% posee un nivel de conocimiento bueno sobre medidas preventivas; sin embargo, acerca de enfermedades bucales y gestación en relación a la atención odontológica, el nivel de conocimientos es malo; por lo que el nivel de conocimiento general en las gestantes sobre medidas de prevención de salud bucal es malo.

MINAYA SÁNCHEZ (2012), indicó que se dividieron los resultados en tres niveles: bueno, regular y malo. En general, sobre conocimiento en Salud Bucal el 84,0% mostró un nivel regular, 12,0 % tuvo un nivel malo y 4,0% bueno. En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, el 48,0% tuvo un nivel regular, el 44,0% un nivel bueno y 8,0% obtuvo un nivel malo; sobre el conocimiento de enfermedades bucales 52,0% tuvo un nivel malo, el 44,0% un nivel regular, y el 4,0% obtuvo bueno; y con respecto al conocimiento sobre atención odontológica en gestantes el 52,0% tuvo un nivel regular, el 28,0% bueno, mientras que 20,0% nivel malo; por último, en desarrollo dental el 52,0% tuvo un nivel malo, 32,0% tuvo un nivel regular, y el 16,0% mostró bueno. En relación sobre el nivel de conocimiento según la edad predomina el nivel de conocimiento regular en los grupos de menos 20, y 20 a 24 años con 24,0% en cada uno, con un resalte de 4,0% en el grupo etéreo 25 a 29 años el nivel de conocimiento bueno y con respecto al grado de instrucción más frecuente fue el secundario con un 56% en el nivel regular.

CÓRDOVA y BULNES (2007) informaron que el rango de 18 a 20 años fue el más frecuente ($X = 24$ años, $DS = 5$), la escolaridad más frecuente fue la secundaria completa en un 24%; 66% de las gestantes presentaron nivel de conocimiento medio sobre prevención bucal; en el conocimiento de las principales enfermedades bucales, 49% obtuvo nivel medio y 39% nivel bajo; finalmente, sobre gestación y atención odontológica predominó nivel medio con 59%. Aunque el nivel de conocimiento predominante fue el medio, es insuficiente, si se consideran las consecuencias que el desconocimiento sobre enfermedades bucales puede producir a la gestante y su producto. Se necesita realizar una mayor labor educativo preventiva en pacientes gestantes de este centro hospitalario; la mayoría posee conocimientos empíricos sobre prevención bucal.

CONCLUSIONES

PRIMERA

Las gestantes del CLAS Leoncio Prado mostraron mayormente un nivel deficiente sobre atención primaria bucodental, alcanzando un registro del 77.42%.

SEGUNDA

Las gestantes del CLAS San Francisco registraron mayormente un deficiente nivel de conocimiento sobre atención primaria bucodental, con el 90.32%.

TERCERA

Según la prueba X^2 no existe diferencia estadística significativa en el nivel de conocimiento sobre atención primaria bucodental en gestantes de los CLAS Leoncio Prado y San Francisco.

CUARTA

Consecuentemente, se acepta la hipótesis nula de homogeneidad, con un nivel de significación de 0.05.

RECOMENDACIONES

1. Conviene en primera instancia levantar el Perfil Epidemiológico Bucodental en los CLAS de Leoncio Prado y San Francisco, que involucre el registro de los índices de higiene oral, caries dental enfermedad periodontal y maloclusiones en gestantes de ambos centros asistenciales, con la finalidad de establecer el diagnóstico actualizado de los indicadores de salud oral más importantes e instaurar los programas de intervención y corrección respectivos.
2. Se recomienda a nuevos tesisistas investigar la relación del nivel instruccional con el estado de salud oral y el nivel de conocimiento sobre atención primaria bucodental en gestantes de los CLAS mencionados, a fin de establecer formas y grados de vinculación entre dichas variables, y poder instituir el programa educativo correspondiente.
3. Se sugiere asimismo a los antes mencionados investigar la relación del nivel socioeconómico con el estado de salud oral y el nivel de conocimiento sobre atención primaria en gestantes de los CLAS de Leoncio Prado y San Francisco, con el fin de establecer vinculaciones importantes entre las variables mencionadas.
4. Convendría también evaluar los índices de calidad de vida de estos gestantes y los indicadores de salud oral, a fin de establecer relaciones que conlleven a configurar e implementar programas de mejora continua y sistemática.
5. Se sugiere al MINSA y a los organismos correspondientes diseñar, implementar programas educativos, preventivos y correctivos a fin de disminuir la prevalencia de caries dental enfermedad gingival y periodontal, y maloclusiones en gestantes de los CLAS de Leoncio Prado y San Francisco.

BIBLIOGRAFÍA

- BERMEO REYES, José Julián. *Importancia del uso de dentífricos para infantes en la Facultad Piloto de Odontología. Periodo 2011.* Universidad de Guayaquil. Junio 2012.
- CARRANZA F, NEUMAN M. *Periodoncia Clínica.* 10va ed. Argentina: Interamericana; 2010.
- COLEGIO ODONTOLÓGICO DEL PERÚ. *Norma Técnica Del Odontograma.* Consejo Administrativo Nacional. 2015
- DECLARACIÓN DE ALMA-ATA, *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978
- HIGASHIDA B. *Odontología Preventiva.* 1era edición: Mc graw- Hill Interamericana; 2000.
- Hospital General de México. Guías diagnósticas de consulta externa.
- JAUREGUI, SUÁREZ. *Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.* 2ª edición. Editorial Médica Panamericana. Colombia. 2012
- LIPARI A Y ANDRADE P. *Factores de Riesgo Cariogénico.* Revista Chilena de Odontopediatría, 2002
- MAGNUSSON, Bengt. *Odontología Preventiva.* Savat editores. Reimpresión. 1987
- MATTOS MA, MELGAR RA. *Riesgo de caries dental.* Rev Estomatol Herediana 2004.
- MC. DONALD, Ralph. *Odontología Pediátrica y del Adolescente.* 5ta edición. Editorial Panamericana. 1995

- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-1993, *Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido*. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. 1993
- P.J. MOYNIHAN. *Dietary advice in dental practice*. British dental Journal volume 193 N° .10 November 23, 2002.
- TAMAYO Mario. Metodología de la Investigación, segunda edición. MCGRAW-HILL. (1998).
- ZURRO, Martín. *Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. Tercera edición. Editorial Elsevier. Barcelona. España. 2015,



HEMEROGRAFÍA

- CÓRDOVA HERNÁNDEZ Juan Antonio y BULNES LÓPEZ Rosa María. *Nivel de Conocimiento sobre Prevención de Salud Bucal en Gestantes, Hospital de la Mujer, Villahermosa, Tabasco* 2007.
- ESPINOSA DE LOS REYES SÁNCHEZ Víctor M. y cols. «Cambios fisiológicos durante el embarazo». *Programa de Actualización Continua para Ginecología y Obstetricia*. libro 1 (Vigilancia prenatal): 18. Archivado desde el original el 27 de noviembre de 2015. Consultado el 25 de enero de 2008
- MINAYA SANCHEZ Tito Ricardo. *Nivel de Conocimiento sobre Salud Bucal en Gestantes que acuden al Servicio de Obstetricia del Puesto de Salud la Florida del Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash - Noviembre* 2012.
- RODRÍGUEZ VARGAS, Martha Cecilia. *Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión de Tacna del 2002*.
- SOTOMAYOR Justiniano y Cols. *Nivel de Conocimiento en Prevención de Salud Bucal en Gestantes que se Atienden en dos Hospitales Nacionales Peruanos*. 2012

INFORMATOGRAFÍA

- BACA GARCÍA P BRAVO PÉREZ M. Control mecánico de biopelículas orales. Práctica 3.
http://tuxchi.iztacala.unam.mx/cuaed/comunitaria/unidad3/images/salud_bucal.pdf
- Guía de Salud Infantil. US Department of Health Human services. Sep 2000. Appip Publication 99-0013 <http://www.ahrq.gov/ppip/spadul/ppspchld.htm>
- <http://definicion.de/odontograma/>
- <http://lorefilosofia.aprenderapensar.net/2011/09/24/conocimiento-filosofico/>
- <http://www.odontocat.com/cariesca.htm>
- <http://www.webconsultas.com/embarazo/control-prenatal/patologias-oraes-especificas-de-las-embarazadas>
- <https://derecho2008.wordpress.com/2010/03/30/el-conocimiento-vulgar-y-el-conocimiento-cientifico/>
- https://es.slideshare.net/eloger/plan-de-tratamiento?qid=071085a1-fb82-4aab-a756-c3c8c1126a57&v=&b=&from_search=7
- https://www.ecured.cu/Profilaxis_dental
- https://www.minsa.gob.pe/portaIweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=13
- IRURETAGOYENA MA. Índice simplificado sobre higiene oral. Buenos Aires, Argentina; 2007 Nov; Disponible en: G:\Indice simplificado sobre higiene oral II.htm
- PÉREZ PORTO Julián. Publicado: 2008. Definición de: Definición de conocimiento (<http://definicion.de/conocimiento/>)



ANEXOS



ANEXO Nº 1

MODELO DEL INSTRUMENTO

CUESTIONARIO PARA EVALUAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA BUCODENTAL DE GESTANTES QUE ACUDEN A LOS CLAS “LEONCIO PRADO” Y “SAN FRANCISCO”

Este cuestionario forma parte de un trabajo de investigación. Los resultados obtenidos a partir de este serán utilizados para evaluar el nivel de conocimiento en atención primaria bucodental de las gestantes en este Centro de Salud

Yo con DNI
estoy de acuerdo con llenar de forma sincera y real este cuestionario y autorizo que los resultados obtenidos sean utilizados con fines investigativos.

I. DATOS GENERALES:

1. EDAD

- a) Menor a 18 años ☐
- b) Entre 19 y 29 años ☐
- c) Entre 30 y 39 años ☐
- d) De 40 a más años ☐

2. GRADO DE INSTRUCCIÓN

- a) Primaria ☐
- b) Secundaria ☐
- c) Técnica ☐
- d) Superior ☐
- e) Ninguno ☐

3. TRIMESTRE DE EMBARAZO

- a) 1° Trimestre: Menos de 12 semanas ☐
- b) 2° Trimestre: De 12 a 24 semanas ☐
- c) 3° Trimestre: Más de 24 semanas ☐

II. INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL CUESTIONARIO:

El cuestionario contiene 12 preguntas. Cada pregunta tiene 2 alternativas de respuesta: SI o NO. Marque con una equis (X) dentro del paréntesis la respuesta que usted considere correcta.

PREGUNTAS RESPECTO A NIVEL DE CONOCIMIENTO ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA PREVENTIVA

1. ¿LE HAN REALIZADO A UD. UN EXAMEN ESTOMATOLÓGICO/ EXAMEN DENTAL?
a) SI ☐ b) NO ☐
2. ¿LE HAN BRINDADO A UD. UNA ASESORÍA NUTRICIONAL PARA SU EMBARAZO?
a) SI ☐ b) NO ☐

- ¿HAN ENSEÑADO COMO DETECTAR LOS RESTOS DE ALIMENTOS SUCIOS?
a) SI () b) NO ()
- ¿HAN COLOCADO A UD. SELLANTES EN ESTE CENTRO DE SALUD?
a) SI () b) NO ()
- ¿HAN APLICADO FLÚOR EN BARNIZ EN SUS DIENTES EN ESTE CENTRO DE SALUD?
a) SI () b) NO ()
- ¿HAN APLICADO FLÚOR EN GEL EN SUS DIENTES EN ESTE CENTRO DE SALUD?
a) SI () b) NO ()
- ¿HAN HECHO UNA PROFILAXIS (LIMPIEZA) DENTAL EN ESTE CENTRO DE SALUD?
a) SI () b) NO ()
- ¿PENSAS UD. QUE ES BUENA LA ATENCIÓN DENTAL EN ESTE CENTRO DE SALUD?
a) SI () b) NO ()



ANEXO Nº 2

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

ENUNCIADO: ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA BUCODENTAL EN GESTANTES DEL CLAS C.S. “LEONCIO PRADO” DEL DISTRITO DE TACNA Y DEL CLAS C.S. “SAN FRANCISCO” DEL DISTRITO DE GREGORIO ALBARRACÍN DE LA CIUDAD DE TACNA – 2017

UA	Edad		Grado de instrucción		Trimestre embarazo		Examen Estomatol.		Asesoría Nutricional		Alimentos cariogénic		Cepillado dental correcto		Pasta dental		Hilo dental		Detección de restos alimenticios		Sellantes		Flúor en Barniz		Flúor en gel		Profilaxis		Atención dental		Nivel de conocimiento				
	LP	SF	LP	SF	LP	SF	LP	SF	LP	SF	LP	SF	LP	SF	LP	SF	LP	SF	LP	SF	LP	SF	LP	SF	LP	SF	LP	SF	LP	SF	LP	SF			
1	33	31	SEC	SUP	3	2	SI	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	Insuficiente	Deficiente			
2	20	25	SEC	SEC	2	2	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	Deficiente	Deficiente			
3	26	26	T	SEC	3	3	SI	NO	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	Bueno	Deficiente			
4	23	23	SEC	SEC	2	3	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Deficiente	Deficiente		
5	28	20	SUP	P	3	3	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	SI	SI	Deficiente	Deficiente			
6	27	33	SUP	P	3	3	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	Deficiente	Deficiente		
7	26	18	SUP	SEC	2	3	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	Insuficiente	Bueno			
8	18	32	SEC	SUP	3	3	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	Deficiente	Deficiente			
9	32	34	SEC	SUP	3	3	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	SI	SI	Deficiente	Regular			
10	33	18	SEC	SEC	2	2	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	Deficiente	Regular		
11	18	23	SEC	SUP	1	3	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	Deficiente	Deficiente

UA	Edad		Grado de instrucción		Trimestre embarazo		Examen Estomatom.		Asesoría Nutricional		Alimentos cariogénic		Cepillado dental correcto		Pasta dental		Hilo dental		Detección de restos alimenticios		Sellantes		Flúor en Barniz		Flúor en gel		Profilaxis		Atención dental		Nivel de conocimiento		
	LP	SF	LP	SF	LP	SF	LP	SF	LP	SF	LP	SF	LP	SF	LP	SF	LP	SF	LP	SF	LP	SF	LP	SF	LP	SF	LP	SF	LP	SF	LP	SF	
12	32	24	SEC	SEC	2	3	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	Deficiente	Deficiente	
13	19	32	SEC	SUP	3	3	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	Deficiente	Deficiente	
14	25	22	SUP	SEC	2	2	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Deficiente	Deficiente	
15	33	24	SUP	P	3	2	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	Deficiente	Deficiente
16	27	33	SEC	SEC	2	3	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Deficiente	Deficiente
17	33	26	T	SEC	2	3	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	Regular	Deficiente
18	25	36	SEC	SEC	2	2	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	SI	SI	Regular	Deficiente	
19	21	21	T	SEC	1	3	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	SI	SI	Deficiente	Deficiente	
20	25	24	SEC	SEC	3	3	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	Regular	Deficiente
21	34	33	SEC	P	3	3	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Deficiente	Deficiente
22	24	27	SEC	SEC	2	3	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	Deficiente	Deficiente	
23	27	25	SUP	SEC	2	3	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	Deficiente	Deficiente	
24	23	35	SEC	P	3	3	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	Deficiente	Deficiente	
25	38	28	SEC	SUP	2	3	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	Deficiente	Deficiente	
26	35	29	SEC	SUP	2	3	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Deficiente	Deficiente

UA	Edad		Grado de instrucción		Trimestre embarazo		Examen Estomatom.		Asesoría Nutricional		Alimentos cariogénic		Cepillado dental correcto		Pasta dental		Hilo dental		Detección de restos alimenticios		Sellantes		Flúor en Barniz		Flúor en gel		Profilaxis		Atención dental		Nivel de conocimiento		
	LP	SF	LP	SF	LP	SF	LP	SF	LP	SF	LP	SF	LP	SF	LP	SF	LP	SF	LP	SF	LP	SF	LP	SF	LP	SF	LP	SF	LP	SF	LP	SF	
27	31	35	T	SEC	2	2	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Deficiente	Deficiente
28	34	29	SUP	SEC	2	3	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Deficiente	Deficiente
29	31	33	SEC	SEC	3	3	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Deficiente	Deficiente
30	25	35	SEC	SEC	3	3	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Deficiente	Deficiente
31	17	27	SEC	T	3	2	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Deficiente	Deficiente

LEYENDA:

LP: CLAS - LEONCIO PRADO
SF: CLAS - SAN FRANCISCO
T : TÉCNICA

P : PRIMARIA
SEC: SECUNDARIA

SUP : SUPERIOR
N : NINGUNO

UA: UNIDADES DE ANÁLISIS

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA BUCODENTAL

- De 11 a 12 (Si) → Excelente
- De 09 a 10 (Si) → Bueno
- De 07 a 08 (Si) → Regular
- De 06 (Si) → Insuficiente
- De 05 a 0 (Si) → Deficiente



ANEXO N° 3

CÁLCULOS ESTADÍSTICOS

CÁLCULOS ESTADÍSTICOS

TABLA Nº 16

1. Hipótesis estadísticas

$$H_0: P_1 = P_2$$

$$H_A: P_1 \neq P_2$$

2. Tabla de contingencia 2 x 4

CLAS	B	R	I	D	TOTAL
LP	1	3	3	24	31
SF	1	2	0	28	31
TOTAL	2	5	3	52	62

3. Combinaciones y cálculo del X^2

Combinaciones	O	E	O-E	(O-E) ²	$X^2 = \frac{(O - E)^2}{E}$
LP + B	1	1.0	0.0	0.00	0.00
LP + R	3	2.5	0.5	0.25	0.10
LP + I	3	1.5	1.5	2.25	1.50
LP + D	24	26.0	-2.0	4.00	0.15
SF + B	1	1.0	0.0	0.00	0.00
SF + R	2	2.5	-0.5	0.25	0.10
SF + I	0	1.5	-1.5	2.25	1.50
SF + D	28	26.0	2.0	4.00	0.15
TOTAL	62				$X^2 = 3.50$

$$E = \frac{\text{Total fila} \times \text{total columna}}{\text{Total general}}$$

4. Grados de libertad

$$Gl: (c-1) (f-1) = (4-1) (2-1) = 3 \times 1 = 3$$

5. Nivel de significación

NS: 0.05

6. Valor crítico

VC = 7.82 (Valor obtenido en la tabla de probabilidad del X^2 , cruzando los 3 grados de libertad con el nivel de significación de 0.05)

$$X^2: 3.50 < VC: 7.82$$

